

Zur Effektivität von Verhaltenstraining und rational-emotiver Therapie im Selbstsicherheitstraining

Eine kontrollierte, praxisorientierte Untersuchung
zum Vergleich der Wirksamkeit beider Methoden
bei verschiedenen Bereichen sozialer Inkompetenz

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)**

**vorgelegt von
Eva Keßler
aus Mülheim a.d. Ruhr
1982**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554821_0036

ZUR EFFEKTIVITÄT VON VERHALTENSTRAINING UND
RATIONAL-EMOTIVER THERAPIE IM SELBSTSICHERHEITSTRAINING

*Eine kontrollierte, praxisorientierte Untersuchung zum
Vergleich der Wirksamkeit beider Methoden bei verschie-
denen Bereichen sozialer Inkompetenz*

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)

vorgelegt von
Eva Keßler
aus Mülheim a.d. Ruhr
1982



ag der mündlichen Prüfung:

14. 7. 1982

ekan:

Prof. Dr. M. E. Brockhoff

referent:

Prof. Dr. H. Bommert

orreferent:

Priv.Do. Dr. U. Plessen

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen, die mich auf irgendeine Weise bei der Fertigstellung meiner Arbeit unterstützt haben, ganz herzlich bedanken: Bei den Klienten, die zur Verfügungstellung der Daten bereit waren, bei den studentischen Therapeuten und Diplomanden, die mit viel persönlichem Einsatz an der Durchführung der Untersuchung beteiligt waren.

Ganz besonders möchte ich meinem geistigen Betreuer, Prof. Dr. Hanka BOMMERT, danken, der mir bei der Konzipierung und Fertigstellung der Arbeit durch anregende Fragen und Diskussionen jeweils wieder den Blick für wesentliche Aspekte und neue Perspektiven öffnen half.

Ebenso bedanke ich mich ganz herzlich bei meinem Kollegen, Privatdozent Dr. Ulf PLESSEN, der mir besonders während der Fertigstellung der Arbeit eine wertvolle moralische Unterstützung war.

Schließlich gilt ein großer Dank Frau R. KALLABIS, die sich mit sehr viel Gewissenhaftigkeit und persönlichem Engagement um die Datenauswertung gekümmert hat, sowie Herrn Klaus FRANK für die sorgfältige graphische Gestaltung der Tabellen.

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite:</u>
EINLEITUNG	I - VI
1	
DIE VERSCHIEDENEN KONZEPTE DES SELBSTSICHERHEITSTRAININGS UND IHRE PRAKTISCHEN KONSEQUENZEN	1
1.1	
Das Modell der sozialen Angst und Hemmung	1
1.1.1	
Hemmung und Exzitation bei SALTER	2
1.1.2	
Soziale Angst und Selbstbehauptung bei WOLPE	6
1.2	
Das Modell der sozialen Fertigkeiten	11
1.2.1	
Klinisch-psychologische Arbeiten	12
1.2.2	
ARGYLE's Theorie der sozialen Fertigkeiten	24
1.2.3	
Zusammenfassung und Kritik	27
1.3	
Das Modell der inneren Bewertungsmechanismen	28
1.3.1	
Das rational-emotive Störungskonzept	31
1.3.2	
Selbstunsicherheit und Selbstsicherheit aus Sicht der RET	37
1.3.3	
Zusammenfassung und Kritik	42
1.4	
Zusammenfassende Diskussion der praktischen Konsequenzen	43
2	
DIE THERAPEUTISCHEN ELEMENTE VON VERHALTENS-TRAINING UND KOGNITIVER UMSTRUKTURIERUNG	46
2.1	
Die Praxis des Verhaltenstrainings	46
2.1.1	
Problemanalyse und Zieldefinition	48
2.1.2	
Verhaltensübung	49
2.1.3	
Modellvorgabe	51
2.1.4	
Instruktionsvorgabe	53
2.1.5	
Rückmeldung	54
2.1.6	
Hausaufgaben	55
2.2	
Die Praxis der RET als Methode der kognitiven Umstrukturierung	57
2.2.1	
Problemanalyse und Zielbestimmung	58
2.2.2	
Prinzipien und Techniken des Disputierens	61

2.2.3	Hausaufgaben in der RET	65
2.3	Zusammenfassender Vergleich der praktischen Vorgehensweisen	66
3	KONZEPTION UND FRAGESTELLUNGEN DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG	75
3.1	Überblick über bisherige empirische Vergleichsuntersuchungen	75
3.1.1	Ergebnisse allgemeiner Vergleichsuntersuchungen	76
3.1.2	Ergebnisse differentieller Vergleichsuntersuchungen	78
3.2	Kritische Einschätzung der empirischen Untersuchungen	80
3.3	Schwerpunkte des vorliegenden Untersuchungskonzepts	85
3.4	Fragestellungen der Untersuchung	90
4	DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	94
4.1	Versuchsplan	94
4.1.1	Festlegung und Kontrolle der unabhängigen Variablen	94
4.1.2	Verteilung der Therapeuten	99
4.1.3	Auswahl und Zuordnung der Klienten	99
4.1.4	Wahl der Meßzeitpunkte	103
4.1.5	Überblick zum zeitlichen Ablauf der Untersuchung	104
4.2	Auswahl und Beschreibung der Meßinstrumente	105
4.2.1	Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung	106
4.2.2	Ebenen der Erfolgsmessung	108
4.2.3	Beschreibung der Meßinstrumente	109
4.3	Beschreibung der Stichprobe	114
4.4	Die Therapeuten	119
4.5	Beschreibung der Behandlungen	121
4.5.1	Allgemeine Rahmenbedingungen der Behandlungen	122
4.5.2	Das Verhaltenstrainingsprogramm	126
4.5.3	Das RET-Trainingsprogramm	134

5	ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG	143
5.1	Planung und Probleme der Datenauswertung	143
5.1.1	Univariater versus multivariater Ansatz	143
5.1.2	Probleme der Veränderungsmessung	144
5.1.3	Überprüfung der Verteilungsvoraussetzungen	147
5.1.4	Auswahl der Prüfverfahren für die einzelnen Fragestellungen	148
5.1.5	Vergleichbarkeit der Eingangsdaten	153
5.1.6	Zur Strukturierung der Ergebnisdarstellung	154
5.2	Überprüfung der therapeutischen Effizienz von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung	155
5.2.1	Die Effekte im Zeitraum 'prä-post'	155
5.2.1.1	Effekte auf symptomspezifischer Ebene	156
5.2.1.2	Effekte auf der Befindlichkeitsebene	158
5.2.1.3	Effekte auf der Persönlichkeitsebene	160
5.2.1.4	Zusammenfassung der Behandlungseffekte im Zeitraum 'prä-post'	163
5.2.2	Die Effekte im Zeitraum 'post - follow-up'	164
5.2.2.1	Effekte auf symptomspezifischer Ebene	165
5.2.2.2	Effekte auf der Befindlichkeitsebene	165
5.2.2.3	Effekte auf der Persönlichkeitsebene	166
5.2.2.4	Zusammenfassung der Behandlungseffekte im Zeitraum 'post' - follow-up'	167
5.3	Überprüfung von Unterschieden zwischen den Effekten der beiden Therapiemethoden	167
5.3.1	Unterschiede zwischen den Effekten beider Methoden im Zeitraum 'prä-post'	168
5.3.1.1	Auf symptomspezifischer Ebene	168
5.3.1.2	Auf der Befindlichkeitsebene	169
5.3.1.3	Auf der Persönlichkeitsebene	169
5.3.1.4	Zusammenfassung der Unterschiede im Zeitraum 'prä-post'	170
5.3.2	Unterschiede zwischen den Effekten beider Methoden im Zeitraum 'post - follow-up'	171
5.3.2.1	Auf symptomspezifischer Ebene	171
5.3.2.2	Auf der Befindlichkeitsebene	171
5.3.2.3	Auf der Persönlichkeitsebene	172
5.3.2.4	Zusammenfassung der Unterschiede im Zeitraum 'post - follow-up'	173

5.4	Überprüfung der Wechselwirkungen zwischen Therapiemethode und Probleminhalt	173
5.4.1	Wechselwirkungen im Zeitraum 'prä-post'	173
5.4.1.1	Auf symptomsspezifischer Ebene	174
5.4.1.2	Auf der Befindlichkeitsebene	174
5.4.1.3	Auf der Persönlichkeitsebene	174
5.4.1.4	Zusammenfassung der Wechselwirkungen im Zeitraum 'prä-post'	175
5.4.2	Wechselwirkungen im Zeitraum 'post - follow-up'	175
5.4.2.1	Auf symptomsspezifischer Ebene	175
5.4.2.2	Auf der Befindlichkeitsebene	176
5.4.2.3	Auf der Persönlichkeitsebene	176
5.4.2.4	Zusammenfassung der Wechselwirkungen im Zeitraum 'post - follow-up'	177
5.5	Darstellung der Veränderungsmuster	177
5.5.1	Veränderungsmuster im Zeitraum 'prä-post'	178
5.5.1.1	Zur Bedeutung von symptomsspezifischen Änderungen	180
5.5.1.2	Zur Bedeutung von Befindlichkeitsverän- derungen	181
5.5.1.3	Zur Bedeutung von Persönlichkeitsverän- derungen	182
5.5.2	Veränderungsmuster im Zeitraum 'post - follow-up'	183
5.5.2.1	Zur Bedeutung von symptomsspezifischen Änderungen	185
5.5.2.2	Zur Bedeutung von Befindlichkeitsverän- derungen	186
5.5.2.3	Zur Bedeutung von Persönlichkeitsver- änderungen	187
6	DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND SCHLUSS- BETRACHTUNG	188
6.1	Beantwortung der Untersuchungsfragen	188
6.1.1	Zum Effektivitätsnachweis von Verhaltens- training und kognitiver Umstrukturierung	188
6.1.2	Unterschiede in den Effekten von Verhaltens- training und kognitiver Umstrukturierung	193
6.1.3	Die differentielle Wirksamkeit der Methoden bei den unterschiedlichen Probleminhalten	196
6.1.4	Vergleich der Veränderungsmuster	200

	<u>Seite:</u>
6.2 Gültigkeit und Stellenwert der Ergebnisse	203
6.3 Konsequenzen für die therapeutische Praxis und weitere Forschungsarbeiten	207
LITERATURVERZEICHNIS	210
ANHANG	A229 - A 246

E I N L E I T U N G

In den letzten zehn Jahren ist innerhalb der klinischen Psychologie - insbesondere in verhaltenstherapeutisch orientierten Arbeiten - ein ständig steigendes Interesse am Gegenstandsbereich des Selbstsicherheitstrainings (SST) aufgekommen. Die therapeutischen Funktionen des SST's werden nach drei Jahrzehnten Forschungsarbeit einigermaßen einheitlich im *Abbau sozialer Ängste und Hemmungen*, in der *Vermittlung sozialer Fertigkeiten* und in der *konstruktiven Veränderung unangemessener innerer Bewertungsmechanismen* gesehen. SST und synonyme Bezeichnungen wie "Training sozialer Fertigkeiten" oder "soziales Kompetenztraining" sind zum Oberbegriff für eine Reihe von Techniken geworden, die innerhalb der genannten therapeutischen Funktionen eine jeweils unterschiedliche Schwerpunktsetzung verfolgen.

Das wachsende Interesse am SST kann nicht einfach als Modetrend abgetan werden, auch wenn die große Zahl an populärwissenschaftlichen Bestsellern zum Thema "Wie werde ich selbstsicherer?" diesen Eindruck erwecken mag. Vielmehr leitet sich die klinische Relevanz des SST's aus verschiedenen Forschungsarbeiten über den Zusammenhang zwischen psychischer Gestörtheit und mangelnder sozialer Kompetenz ab. Als grundlegend sind hier die Arbeiten von ZIGLER und PHILLIPS (1960, 1962) über die Beziehung von Psychopathologie und sozialer Inkompetenz anzusehen. Kompetenzdefizite konnten als ein entscheidender Bestandteil bei verschiedenen Störungsbildern nachgewiesen werden: z. B. bei Depressionen (LIBET, LEWINSOHN und Mitarb.), bei einer Reihe von psychiatrischen Störungsbildern (EISLER, HERSEN und Mitarb.), bei heterosexuellen Problemen (CURRAN und Mitarb.) oder auch bei Ehekonflikten (EISLER et al).

Aus den genannten Zusammenhängen ergibt sich ein sehr breites Anwendungsgebiet des SST's: Als primäre Behandlung bei

zwischenmenschlichen Problemen im engeren Sinne, als begleitende Therapiemaßnahme bei anderen Störungskomplexen und auch als prophylaktische Maßnahme - etwa bei Kindern und Jugendlichen.

Die vorliegenden Forschungsarbeiten zum SST können schwerpunktmäßig in zwei Bereiche eingeordnet werden: Der größte Teil an Arbeiten beschäftigt sich mit der Frage, durch welche Behandlungsmethoden Selbstsicherheit am besten aufgebaut werden kann, d. h. also mit der empirischen Effektivitätsüberprüfung verschiedener Trainingsmethoden. Ein kleinerer Teil an Forschungsarbeiten, der aber in letzter Zeit verstärkt Beachtung findet, setzt sich mit dem Konstrukt "Selbstsicherheit" auseinander, d. h. mit Fragen der Definition von Selbstsicherheit, aber auch der Erklärung von Selbstunsicherheit. Beide Forschungsbereiche existieren nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in wechselseitiger Beeinflussung.

Der derzeitige Stand der methodenorientierten Forschung kann dahingehend zusammengefaßt werden, daß sich Techniken des *Verhaltenstrainings* - der Aufbau situationsspezifischer Kompetenzen - und Maßnahmen der *kognitiven Umstrukturierung* - die Modifikation unangemessener Gedanken - als die beiden effektivsten Methoden des SST's abzeichnen. Bisherige Vergleichsuntersuchungen konnten keine der beiden Behandlungsmethoden als die generell bessere herausstellen. Ebenso fehlen konsistente Ergebnisse zur differentiellen Wirksamkeit der Methoden.

Eines der größten Forschungsdefizite in diesem Bereich ist das Fehlen praxisorientierter Vergleichsuntersuchungen. Überwiegend wurden Kurzzeit-Analogstudien mit Studenten durchgeführt, die mit vollstandardisierten Programmen an sehr einfachen Problemstellungen von Selbstunsicherheit trainiert wurden.

Die friedliche "Konkurrenz" zwischen verhaltensorientierter und kognitiver Perspektive spiegelt sich auch in der konstruktorientierten Forschung wieder. Größtes Problem ist hier der mangelnde Konsens über die Definition von Selbstsicherheit und die relevanten Abgrenzungsmerkmale gegenüber Unsicherheit und Aggressivität. Nachdem lange Zeit beobachtbare Verhaltensdimensionen im Vordergrund standen, brachten empirische Untersuchungen in den letzten Jahren zunehmend Belege für die Bedeutsamkeit kognitiver Faktoren in der Unterscheidung zwischen selbstunsicheren und selbstsicheren Individuen. So beziehen neuere Ansätze zur Definition von Selbstsicherheit in der Regel sowohl beobachtbare Verhaltenskomponenten als auch kognitive Variablen mit ein. Darüber hinaus wird zunehmend gefordert, zur Erfassung sozialer Kompetenz auch auf die Ergebnisse sozialpsychologischer Arbeiten zurückzugreifen.

Die vorliegende Untersuchung ordnet sich in den Bereich der methodenorientierten Forschung ein. Sie will einen Beitrag zur differentiellen Beschreibung der Wirkweise von Verhaltenstraining und rational-emotiver Therapie (als Methode der kognitiven Umstrukturierung) bei unterschiedlichen Problemstellungen von Selbstunsicherheit leisten. (Die Begriffe RET und kognitive Umstrukturierung werden im folgenden, wenn nicht anders gekennzeichnet, synonym verwandt.)

Ein erstes allgemeineres Ziel besteht darin, den Methodenvergleich in möglichst praxisnaher Form an einer für Beratungsinstitutionen repräsentativen Stichprobe mit ausgeprägteren Problemen durchzuführen. Es wird davon ausgegangen, daß zum jetzigen Forschungs- und Erkenntnisstand verstärkt Vergleichsuntersuchungen erforderlich sind, die sich stärker an die Komplexität realer Therapiesituationen annähern, als dies von bisherigen Analogstudien geleistet wurde.

Ein zweites spezielleres Ziel richtet sich darauf, die mögliche differentielle Funktion unterschiedlicher Trainingsinhalte, d. h. unterschiedlicher Problemstellungen von Selbstunsicherheit, für die Wirkung der Behandlungsmethoden zu untersuchen. Die Rolle unterschiedlicher Probleminhalte ist in bisherigen Vergleichsuntersuchungen unberücksichtigt geblieben. Meist wurden eng umschriebene Teilprobleme aus dem Bereich der sogenannten "negativen Selbstsicherheit" (z. B. "Ablehnen von Forderungen") als Trainingsinhalt verwandt, während der komplementäre Bereich der sogenannten "positiven Selbstsicherheit" (wie z. B. "Zuneigung äußern") kaum beachtet worden ist. Von daher fehlen in größerem Umfang Daten zur Effektivität der Behandlungsmethoden bei Problemstellungen der positiven Selbstsicherheit. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Bereiche "Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik" und "Schwierigkeiten im Umgang mit Kontakt" als Trainingsinhalte gewählt, die der oben genannten Einteilung in "negative" versus "positive" Selbstsicherheit entsprechen.

Überblick über den Aufbau der Arbeit

Die unterschiedlichen Behandlungsstrategien von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung sind nur im Zusammenhang mit den zugrundeliegenden Konzepten von Selbstunsicherheit und Selbstsicherheit verständlich, die im *ersten Kapitel* der Arbeit dargestellt werden. Ziel dieses Kapitels ist eine an den praktischen Konsequenzen orientierte Aufarbeitung von Vorzügen und Schwächen in den konzeptuellen Grundlagen der Behandlungsmethoden.

Weil die vorliegende Untersuchung insbesondere eine praxisnahe Methodenumsetzung anstrebt, ist eine intensive Auseinandersetzung mit den zentralen therapeutischen Elementen und Prinzipien von Verhaltenstraining und RET notwendig,

die im *zweiten Kapitel* der Arbeit vorgenommen werden wird. Aufgabe dieses Kapitels ist es, die Komplexität der therapeutischen Vorgehensweisen herauszuarbeiten und daraus wichtige Gesichtspunkte für die Umsetzung der Methoden in Trainingsprogramme abzuleiten.

Im *dritten Kapitel* werden Konzeption und spezielle Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung aus einer kritischen Durchsicht bisheriger empirischer Arbeiten verdeutlicht. Dabei soll besonders die Notwendigkeit einer praxisorientierten Gestaltung der Untersuchungsbedingungen hergeleitet werden.

Die Einzelheiten der experimentellen Umsetzung werden im *vierten Kapitel* dargestellt, wobei Fragen der Versuchsplanung - und hier speziell der internen und externen Gültigkeit - und die Trainingsprogramme im Vordergrund stehen werden.

Gegenstand des *fünften Kapitels* ist die Darstellung der Untersuchungsergebnisse auf der Grundlage einer ausführlichen Auseinandersetzung mit Fragen der statistischen Auswertungsmethodik.

Schließlich erfolgt die Interpretation der Ergebnisse im *sechsten Kapitel*, zusammen mit einer abschließenden kritischen Einschätzung der Bedeutung der vorliegenden Untersuchung und ihrer Ergebnisse und mit einem Ausblick auf praktische Implikationen und weitere Forschungsfragen.

Die Untersuchung wurde in Form eines Forschungsprojektes am Psychologischen Institut der Universität Münster durchgeführt. Zum engeren Mitarbeiterkreis des Projektes gehörten neben dem Autor sechs Studenten, die in diesem Rahmen ihre Diplomarbeiten schrieben und an der praktischen Durchführung der Untersuchung intensiv beteiligt waren

(s. u. Kap. 4). Einschließlich Vorbereitungs- und Nachbereitungphase erstreckte sich das Projekt vom Frühjahr 1978 bis zum Frühjahr 1982 (z. Z. ist noch eine weitere Diplomarbeit zur Auswertung von Verlaufsdaten in der Fertigstellung begriffen).

1 DIE VERSCHIEDENEN KONZEPTE DES SELBSTSICHERHEITS- TRAININGS UND IHRE PRAKTISCHEN KONSEQUENZEN

Das nachfolgende Kapitel gibt einen Überblick der wichtigsten Theorien zur Erklärung von Selbstunsicherheit, der darauf aufbauenden Zielvorstellungen von Selbstsicherheit und der dementsprechenden Behandlungsstrategien. Als die zum derzeitigen Erkenntnisstand wichtigsten theoretischen Modelle werden das *Angst-Hemmungs-Modell*, das *Modell der sozialen Fertigkeiten* und das *Modell der inneren Bewertungsmechanismen* einander gegenübergestellt.

Ausgehend von den wesentlichen theoretischen Hintergründen eines Modells werden ausführlich sein Verständnis von Selbstunsicherheit und Selbstsicherheit dargestellt und kritisch auf seinen *therapeutischen Nutzen* hin eingeschätzt. Die abschließende vergleichende Diskussion der therapeutisch-praktischen Konsequenzen der drei Modelle soll verdeutlichen, warum sich die vorliegende Untersuchung auf solche Trainingsmethoden konzentriert, die dem Modell der sozialen Fertigkeiten und dem Modell der inneren Bewertungsmechanismen entsprechen.

1.1 Das Modell der sozialen Angst und Hemmung

Dieser historisch erste Ansatz zur Therapie selbstunsicheren Verhaltens geht im wesentlichen auf die Arbeiten von SALTER und WOLPE zurück. SALTER (1949) entwickelte auf der Basis eines Neurosekonzepts der *konditionierten Hemmung* die Techniken des "*expressive training*". Ein Jahrzehnt später stellte WOLPE (1958) seine Methode des "*assertive training*" vor, der ein Neurosebegriff der *konditionierten Angst* zugrundeliegt.

Obwohl gewisse Unterschiede zwischen beiden Ansätzen vorhanden sind, bestehen doch so grundsätzliche Parallelen im Verständnis von Selbstunsicherheit und Selbstsicherheit, daß sie in der Literatur gewöhnlich zum Angst-Hemmungs-Modell zusammengefaßt werden. Kennzeichnend ist für beide Modelle, daß sie in einer frühen Phase der Verhaltenstherapie entstanden, als man über eine rigorose Anwendung des respondenten Konditionierungsparadigmas ein lerntheoretisches Gegengewicht zur damals vorherrschenden Psychoanalyse aufbauen wollte.

Theoretischer Bezugsrahmen für Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung selbstunsicheren Verhaltens ist der *konditionierte Reflex*. Als Kern der Problematik werden *unangemessene Angst- bzw. Hemmungsreaktionen* angesehen, die das Individuum daran hindern, seine Gefühle, Bedürfnisse und Handlungswünsche offen zum Ausdruck zu bringen. Implizit wird vorausgesetzt, daß das erforderliche Verhaltensrepertoire latent vorhanden ist.

Die Behandlungsstrategie konzentriert sich demzufolge allein auf den *Abbau* der konditionierten Angst bzw. Hemmung, indem *assertive bzw. exzitatorische* Reaktionen auf die auslösenden Reizbedingungen neu konditioniert werden. Von daher werden auch kaum Versuche zu einer positiven Spezifizierung selbstunsicheren Verhaltens unternommen, worunter im wesentlichen ein Nicht-Vorhandensein von Angst oder Hemmung verstanden wird.

Der Zugriff des Angst-Hemmungs-Modells auf Selbstunsicherheit und Selbstsicherheit hebt also schwerpunktmäßig die *intrapersonale Verknüpfung von Reiz und Reaktion* hervor. Der interpersonale Kontext - vor allem die Frage der sozialen Angemessenheit des Verhaltens - bleibt unberücksichtigt.

1.1.1 Hemmung und Exzitation bei SALTER

Hemmung und *Exzitation* sind die zentralen Begriffe in SALTER's Neurose- und Therapiemodell: Neurotische Störungen werden als "Ergebnis der Hemmung von natürlichen Impulsen" aufgefaßt (SALTER 1961, S. 37), während Exzitation die Grundlage psychischer Gesundheit darstellt. Aufgabe der Therapie ist deshalb die Beseitigung inhibitorischer Reflexe,

"indem bewußte exzitatorische emotionale Reaktionen ausgeführt werden, die zu konditionierten exzitatorischen emotionalen Reflexen werden" (S. 103).

Später differenziert SALTER als Hauptproblem gestörten Verhaltens die *Hemmung des Orientierungsreflexes* heraus, als Argument gegen WOLPE's Kritik, daß auch Angst ein hohes Maß an Erregung beinhaltet (SALTER 1964, S. 25ff): Beim gehemmten Orientierungsreflex erfolgt keine Reaktion auf neue oder veränderte Aspekte einer Situation, wohingegen sich "*gesunde Erregung*" immer in unmittelbarer Rückkoppelung mit der Umgebung vollzieht. Spezifisches Therapieziel ist jetzt die *Enthemmung des gehemmten Orientierungsreflexes*.

Aus den ursprünglich neurophysiologischen Begriffen von Erregung und Hemmung leitet SALTER einen *exzitorischen* und einen *inhibitorischen Persönlichkeitstypus* ab, ohne allerdings den Zusammenhang theoretisch herleiten zu können. Neurotisches Verhalten ist mit der inhibitorischen Persönlichkeit gleichzusetzen, während psychische Gesundheit in der exzitorischen Persönlichkeit verkörpert wird. Von daher zielt Therapie bei SALTER letztendlich auf eine *Veränderung der gesamten Persönlichkeit* ab.

Zum Verständnis von Selbstunsicherheit

In SALTER's Problemverständnis ist Selbstunsicherheit im Prinzip identisch mit der *inhibitorischen Persönlichkeit*, also kein situationsspezifisches Verhalten, das von ganz bestimmten sozialen Reizbedingungen gesteuert wird, sondern ein *genereller* Verhaltenszug des Individuums in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Hauptmerkmal der gehemmten Persönlichkeit ist eine *Überanpassung an die Umwelt*, wobei das Bemühen, den vermuteten Erwartungen der anderen zu entsprechen, zur obersten Verhaltensregel wird. Damit einher geht ein beträchtlicher *Verlust an Spontaneität*.

Die gehemmte Persönlichkeit analysiert, plant, grübelt, wie sie alles richtig machen kann, um von den anderen akzeptiert zu werden. Sie verhält sich nicht nach den eigenen Bedürfnissen, sondern ist auf die Interessen der anderen hin orientiert; sie "will alles für jeden sein und endet damit, nichts für sich selbst zu sein" (SALTER 1961, S. 48). Bildlich beschreibt SALTER

diese Hemmung als eine Art Trennung von der Umwelt, was besonders anschaulich beim Orientierungsreflex wird: Das Individuum reagiert nicht mehr unmittelbar spontan auf neue Umweltreize, sondern verhält sich im Grunde nur noch nach der konditionierten Hemmung, irgendwelche Regeln oder Erwartungen zu verletzen.

Die *Entwicklung der gehemmten Persönlichkeit* erklärt SALTER mit den gängigen Erziehungspraktiken, in denen spontanes, exzitatorisches Verhalten bestraft wird, so daß das Kind sich in sich selbst zurückzieht und darauf konditioniert wird, die eigenen Gefühle zu unterdrücken und sich an äußere Normen und Erwartungen anzupassen:

"Leben in der Gesellschaft macht Hemmung erforderlich, aber die moderne Erziehung geht zu weit, wenn sie die Kinder lehrt, immer höflich zu sein, anderen nicht zu widersprechen, andere nicht zu unterbrechen, nicht an sich selbst zu denken und immer die Gefühle anderer Leute zu berücksichtigen" (SALTER 1961, S. 38).

Immer wieder kommt bei seiner Darstellung der gehemmten Persönlichkeit sehr deutlich zum Ausdruck, daß er *inneren Verarbeitungsprozessen* im Grunde die zentrale Steuerungsfunktion zumißt. Viele seiner Ideen über gestörtes Verhalten - wie z. B. der Wunsch, alles richtig zu machen und von anderen immer akzeptiert zu werden - weisen ganz wesentliche Gemeinsamkeiten zu kognitiven Störungstheorien auf.

SALTER selbst räumt gedanklichen Prozessen keine Eigenständigkeit als kognitive Variablen ein. Streng im Rahmen des S-R-Paradigmas erklärt er ihre Bedeutung durch Konditionierung einer emotionalen Reaktion auf verbale Reize. Er geht dabei allerdings nicht näher darauf ein, wie sich die komplexen Inhalte des inneren Bewertungssystems im einzelnen entwickeln und verfestigen.

An keiner Stelle nimmt SALTER an, das Individuum könne deshalb gehemmt reagieren, weil ihm in bestimmten Situationen ein angemessenes Verhaltensrepertoire fehlt. Er hält den Menschen für von Natur aus exzitatorisch angelegt; die Unterdrückung spontaner Reaktionen werde allein durch Erziehung von außen erzwungen.

Zum Verständnis von Selbstsicherheit

In SALTER's Modell ist Selbstsicherheit durch die *exzitatorische Persönlichkeit* verkörpert, also ebenfalls ein situationsübergreifender, generaller Verhaltenszug des Individuums in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die wichtigsten Begriffe in SALTER's Konzept von Selbstsicherheit sind "*emotionale Wahrheit*", "*Verhalten im Hier-und-Jetzt*" und "*bedingungslose Anpassung an sich selbst*", die sich alle darum drehen, die eigenen Affekte spontan auszudagieren (SALTER 1961, S. 42ff).

Die exzitatorische Persönlichkeit reagiert im Sinne *emotionaler Wahrheit* sichtbar und spontan auf ihre Umwelt, ohne vorher viel zu planen. Sie mag andere Menschen, ist aber nicht bemüht, ihnen ständig zu gefallen, sondern macht sich unabhängig von dem, was andere über sie denken. Eng damit zusammen hängt die *bedingungslose Anpassung an sich selbst*: Verhalten wird an den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen ausgerichtet, nicht an irgendwelchen äußeren Anforderungen wie Situationsbedingungen oder Erwartungen des Interaktionspartners. "Das Ziel psychischer Gesundheit ist es, 'sich selbst zu sein, nicht die anderen' ... (ebd., S.103)

Die starke Betonung des Hier-und-Jetzt im Verhalten, die bedingungslose Spontaneität, führt zu einem sehr individualistischen Konzept von Selbstsicherheit, das den zwischenmenschlichen Kontext - Situationsanforderungen und Effekte auf den Interaktionspartner - unberücksichtigt läßt. Kenntnis und Beherrschung einzelner Verhaltensfertigkeiten sind in SALTER's Modell der exzitatorischen Persönlichkeit völlig belanglos. Von größter Bedeutung sind auch hier bestimmte kognitive Anteile - wie z. B., daß man nicht ständig anderen alles recht machen muß.

Die Behandlungsstrategie

SALTER's Störungsmodell führt konsequenterweise zu einer Behandlungsstrategie der *Enthemmung*, die nicht auf funktio-

nale Verhaltensänderung, sondern auf eine Modifikation der Persönlichkeit abzielt. Um anerzogene Hemmungen aufzubrechen, formuliert er im "*expressive training*" sechs Verhaltensregeln, die in verschiedenen Variationen zur Externalisierung von Affekten auffordern.

Im einzelnen lauten die Verhaltensregeln des "*expressive training*" folgendermaßen:

1. feeling talk (Gefühle ausdrücken)
2. facial talk (ausdrucksvolles Sprechen)
3. contradict and attack (widersprechen und angreifen)
4. deliberate use of the word "I" (bewußter Ich-Gebrauch)
5. express agreement when you are praised (Lob annehmen)
6. improvisation (Spontaneität, nicht planen)

(SALTER 1961, S. 97-100)

SALTER wehrt sich geradezu dagegen, seinen Klienten Verhaltens-techniken für spezielle Problemsituationen beizubringen, weil dadurch wieder ihre Spontaneität eingeengt wird. Wie sozial geschickt sich jemand verhält, ist ihm vergleichsweise unwichtig gegenüber der Frage, ob er seine Gefühle offen ausdrückt und sich an den eigenen Bedürfnissen orientiert. Im Zweifelsfall hält er Rücksichtslosigkeit für besser als das Unterdrücken von spontanen Reaktionen. "Denk nicht, bevor Du sprichst. Sprich, bevor Du denkst. Sei nicht empfindlich. Sei emotional."

(ebd., S. 101)

Ansatzpunkt der Therapie sind nicht die spezifischen Problemsituationen, die ein Klient schildert; statt dessen werden übergreifende Lebensregeln vermittelt, um den Klienten durchgängig zu absoluter Spontaneität anzuhalten.

1.1.2 Soziale Angst und Selbstbehauptung bei WOLPE

Die zentrale Rolle von SALTER's Hemmungsbegriff übernimmt bei WOLPE das Konzept der *Angst*, die er als wesentlichen Bestandteil fast aller neurotischen Verhaltensgewohnheiten

ansieht (WOLPE 1958, S. 32). Jedes nicht-ängstliche Verhalten kann als Zeichen psychischer Gesundheit gelten.

Neurotische Gewohnheiten entstehen nach WOLPE immer in zwei Arten von Situationen, in denen jeweils intensive Angst ausgelöst wird: Entweder wird der Organismus *ambivalenten* Reizen oder *schmerzhaften* Reizen ausgesetzt, denen er sich jeweils nicht entziehen kann (ebd., S. 37).

Weiterhin geht er davon aus, daß diese Angstgewohnheiten eine hohe *Löschungsresistenz* haben, auch wenn sie den Bedürfnissen des Organismus längst nicht mehr angepaßt sind. Aus dieser Einschätzung heraus kommt WOLPE zum therapeutischen *Prinzip der reziproken Hemmung*: In Gegenwart des angstausslösenden Reizes soll eine *angstantagonistische* Reaktion hervorgerufen werden, so daß die Angst gänzlich oder teilweise unterdrückt wird und die Verbindung zwischen Reiz und Reaktion geschwächt wird (WOLPE 1958, S. 71f).

Angsthemmende Reaktionen müssen überwiegend parasympathisch innerviert sein, was er hauptsächlich in *assertiven*, *sexuellen* und *Entspannungsreaktionen* gegeben sieht. Darüber hinaus soll auch motorische Aktivität angsthemmende Wirkung haben. Welche dieser Reaktionsarten in der Therapie gegenkonditioniert wird, hängt vom Inhalt der auslösenden Reizsituation ab (ebd., S. 114).

Im Falle von sozialen Ängsten setzt WOLPE *assertive* Reaktionen ein, die man am besten mit *Selbstbehauptung* übersetzen kann, da es sich vorwiegend um aggressive und Ärger ausdrückende Verhaltensweisen handelt.

Zum Verständnis von Selbstunsicherheit

WOLPE versteht Selbstunsicherheit als Ausdruck *sozialer Angst*, die das Individuum in zwischenmenschlichen Beziehungen daran hindert, "das zu sagen oder zu tun, was vernünftig oder gerechtfertigt ist" (WOLPE 1972, S. 76). Ebenso wie SALTER nimmt WOLPE an, daß ein entsprechendes Verhaltensrepertoire vorhanden ist, und daß lediglich die Angst das Individuum hemmt, sich adäquat für seine eigenen Rechte einzusetzen.

Im Unterschied zu SALTER's Hemmungskonzept faßt WOLPE soziale Angst aber nicht als generellen Persönlichkeitszug auf, sondern als dauerhafte, *unangepaßte Reaktionsgewohnheit* in ganz bestimmten sozialen Situationen.

Ausschlaggebend für die *Entstehung von sozialer Angst* ist nach WOLPE, daß in einer zwischenmenschlichen Situation eine unmittelbare, heftige Furchtreaktion erlebt wird: sei es durch bestimmte Bedingungen in der Situation selbst oder durch den Konflikt zwischen unvereinbaren Handlungswünschen. In beiden Fällen kann die Angst mit einer Vielzahl von vorher neutralen Situationsaspekten gekoppelt werden und dadurch auch sehr dauerhaft werden (WOLPE 1958, S. 77ff).

Erziehungsbedingte Wertvorstellungen und Verhaltensregeln sieht auch WOLPE als maßgeblich in der Entwicklung und Aufrechterhaltung von sozialen Ängsten beteiligt an:

"Ein sehr häufiger Patiententyp, der Selbstbehauptungstraining benötigt, ist jener, dessen frühe Erziehung soziale Verpflichtungen überbetont und ihm damit das Gefühl eingeimpft hat, die Rechte anderer seien wichtiger als die eigenen" (ebd., S. 78).

Diesen inneren Verarbeitungsprozessen und Wertsystemen mißt er ebenso wie SALTER keine eigenständige kognitive Steuerungsfunktion zu, sondern behandelt sie im Sinne des S-R-Paradigmas als konditionierte verbale Stimuli.

Zum Verständnis von Selbstsicherheit

WOLPE's Verständnis von Selbstsicherheit ist durch den Begriff der *Selbstbehauptung* gekennzeichnet, als die "sichtbare Äußerung aller Gefühle, die sich von Angst unterscheiden" (WOLPE 1972, S. 76). Hauptkennzeichen der Selbstbehauptung ist das Nicht-Vorhandensein von Angst, wobei inhaltlich der Ausdruck von Ärger, Aggression und anderen *negativen* Gefühlen sehr viel stärker gewichtet wird als der Ausdruck von positiven Gefühlen.

WOLPE'S Beispiele für Selbstbehauptungsaussagen zeigen deutlich, daß er keine Trennung zwischen Selbstsicherheit und Aggressivität zieht. Aussagen wie "Ihr Verhalten ekelte mich an" oder "Ich hasse Ihre Doppelzüngigkeit" gehen fließend in soziale Rücksichtslosigkeit über (WOLPE 1972, S. 80f).

Ebenso wie SALTER macht WOLPE Selbstsicherheit - zumindest in der Theorie - nicht an der Beherrschung einzelner Verhaltensfertigkeiten fest; ausschlaggebend ist das sichtbare Äußern von Gefühlen, Bedürfnissen und Handlungswünschen. WOLPE fordert dabei aber nicht bedingungslose emotionale Wahrheit, sondern warnt vor jeglichen Selbstbehauptungshandlungen, die negative Konsequenzen für den Patienten nach sich ziehen könnten. In solchen Fällen setzt er die Technik der *Lebenskunst* ein, bei der man das Wissen um bestimmte Schwächen des Interaktionspartners ausnutzt und sich durch subtile Aussagen in eine vorteilhafte Position bringt (WOLPE 1972, S. 82ff).

Die Technik der *Lebenskunst* läßt zwei wichtige Rückschlüsse auf WOLPE's Verständnis von Selbstsicherheit zu: Zum einen ist darin "Durchsetzung um jeden Preis" enthalten - auch unter Einsatz subtil-manipulativer Verunsicherungstaktiken. Zum anderen aber löst er, indem er die Effekte assertiven Verhaltens auf den Interaktionspartner mitbedenkt, das Selbstsicherheitskonzept aus einer vormals nur individuumzentrierten Sichtweise heraus.

Die Behandlungsstrategie

WOLPE's *Selbstbehauptungstraining* verfolgt prinzipiell eine ähnliche Strategie wie das "expressive training"; d. h. *Angstabbau* durch Ausagieren von Selbstbehauptung:

"Das Ausagieren der Selbstbehauptung bedeutet eine grundlegende Stärkung und Vermehrung der Emotion, und die Stärke dieser Emotion erleichtert eine Hemmung der gleichzeitig hervorgerufenen Angst. Zugleich wird der motorische Akt an sich durch seine Konsequenzen verstärkt" (WOLPE 1972, S. 76f).

Die praktische Umsetzung dieser Strategie ist bei WOLPE allerdings sehr viel spezifischer auf die konkreten Problemsituationen der Klienten ausgerichtet. Durch *Probeagieren* (eine Art von Rollenspiel) werden in nachgestell-

ten Echtsituationen spezifische Selbstbehauptungshandlungen eingeübt.

Die Praxis des Selbstbehauptungstrainings beinhaltet also sehr viel gezielte *Verhaltensübung*; in kleinen Lernschritten werden systematisch Kompetenzen für bestimmte Situationen vermittelt. Somit wird in der Praxis nicht nur Angst abgebaut, sondern auch neues, selbstbehauptendes Verhalten aufgebaut. Diese operanten Anteile werden von WOLPE allerdings nicht mehr in die Behandlungstheorie integriert.

1.1.3 Zusammenfassung und Kritik

Aus heutiger Sicht kommt dem *Angst-Hemmungs-Modell* in erster Linie historische Bedeutung zu: Erstmals wurden zwischenmenschliche Probleme als eigenständiger Störungskomplex gesehen. Zudem lieferten SALTER und WOLPE ganz entscheidende Anstöße zur Entwicklung eines lerntheoretisch fundierten Konzepts zur Behandlung von Selbstunsicherheit.

Folgendermaßen können die wichtigsten konzeptuellen Merkmale zusammengefaßt werden:

- *Selbstunsicherheit* wird als Folge exzessiver Angst- bzw. Hemmungsreaktionen gesehen, die ein latent vorhandenes selbstsicheres Verhaltensrepertoire unterdrücken.
- *Selbstsicherheit* wird sehr breit als offener Gefühls- und Bedürfnis Ausdruck gefaßt, wobei die Grenzen zu aggressiv-rücksichtslosem Verhalten nicht klar sind.
- Aus diesen Konzepten leitet sich eine *Behandlungsstrategie* ab, die sich auf den Abbau unangemessener Angst und Hemmung konzentriert und den therapeutischen Veränderungsprozeß durch Gegenkonditionierung angsthemmender bzw. exzitatorischer Reaktionen erklärt.

Das praktische Vorgehen weist deutliche Diskrepanzen zum theoretischen Rahmen des respondenten Modells auf. Direk-

ter und einfacher kann die Wirkweise des "expressive training" oder des "assertive training" dadurch erklärt werden, daß ganz bestimmte Verhaltensalternativen für problematische soziale Situationen vermittelt werden, nicht allein als Abbau von Angst und Hemmung.

Darüber hinaus konnten wesentliche Teile der Theoriehintergründe des *Angst-Hemmungs-Modells* empirisch nicht bestätigt und auch theoretisch nicht weiter erhärtet werden:

Bei SALTER bleibt der Zusammenhang zwischen den physiologischen Erregungs- und Hemmungsvorgängen und der Persönlichkeitstypologie ungeklärt. Nach den Ergebnissen der späteren Angstforschung muß WOLPE's - auf die physiologische Ebene beschränkter - Angstbegriff als zu eng angesehen werden (vgl. BIRBAUMER 1973; LICK & KATKIN 1976). Auch das Prinzip der reziproken Hemmung wird von zahlreichen Arbeiten zur Löschung und Habituation in Frage gestellt (BIRBAUMER 1973; BARTLING et al 1980).

Die Gesamteinschätzung der therapeutischen Bedeutung dieses Modells für das SST wird am Schluß des Kapitels im direkten Vergleich zu den anderen Modellen vorgenommen.

1.2 Das Modell der sozialen Fertigkeiten

Besonders im Rahmen dieses Modells wurde die Auseinandersetzung mit der *Definition* und *Operationalisierung* von Selbstsicherheit entscheidend vorangetrieben, so daß ein klareres Zielkonzept für das SST entwickelt werden konnte, das als Orientierungslinie auch von kognitiven Ansätzen anerkannt wird.

An der *Entwicklung* des Modells sind verschiedene Forschungsquellen maßgeblich beteiligt: Arbeiten über den Zusammenhang zwischen sozialer Kompetenz (hier gemessen am Erreichen bestimmter gesellschaftlicher Leistungen) und psychiatrischer Störung (ZIGLER & PHILLIPS 1960; PHILLIPS & ZIGLER 1961);

A. LAZARUS' frühe Arbeiten zur Bedeutung von Verhaltensübung im Aufbau spezieller Fertigkeiten (1965, 1966); schließlich sozialpsychologische Ansätze - speziell ARGYLE's Theorie der sozialen Fertigkeiten (ARGYLE & KENDON 1967; ARGYLE 1972).

Verhalten wird im *Modell der sozialen Fertigkeiten* immer im *interpersonalen* Kontext betrachtet unter der Fragestellung, ob das Individuum aus einem differenzierten Verhaltensrepertoire eine adäquate Reaktion auswählen kann, um seine Ziele in einer gegebenen Situation zu erreichen. Besondere Bedeutung wird der Effizienz des Verhaltens im Hinblick auf *ökonomische Problemlösung* und *langfristig befriedigende Beziehungen* zugemessen.

Selbstsicherheit wird als Ensemble von *situationsspezifischen, gelernten* Fertigkeiten verstanden, Selbstunsicherheit als Problem eines *Verhaltensdefizits*. Daraus leitet sich eine Therapie-strategie des *Verhaltensaufbaus* ab, in der durch aktive *Verhaltensübung* spezifische Kompetenzen für individuelle Problemsituationen eintrainiert werden.

1.2.1 Klinisch-psychologische Arbeiten

Von klinischer Seite liegt sehr zahlreiches Material zum *Modell der sozialen Fertigkeiten* vor, das sich aus relativ heterogenen Einzelarbeiten zusammensetzt, die jeweils nur bestimmte Aspekte herausgreifen. Eine übergeordnete, integrative Theorie, die die Einzelarbeiten systematisch organisieren könnte, ist derzeit noch nicht vorhanden. Deshalb stellt dieses Modell in erster Linie einen *pragmatischen Bezugsrahmen* dar, der sich für die Praxis des SST's als sehr nützlich erwiesen hat, aber noch keine in sich geschlossene Theorie ist.

Aus den zahlreichen Einzelarbeiten können im folgenden nur einige wesentliche Bereiche schwerpunktmäßig herausgegriffen werden: Zum Einstieg in die relevanten Fragestellungen des Modells werden die Arbeiten von LAZARUS dargestellt, der be-

sonders die Funktion selbstsicheren Verhaltens für positive zwischenmenschliche Beziehungen betonte. Anschließend werden die theoretischen Annahmen zur Erklärung selbstunsicheren Verhaltens dargestellt, um sich dann mit verschiedenen Forschungsbeiträgen zu den Inhalten sozialer Kompetenz ausführlich auseinanderzusetzen.

Die Arbeiten von A. LAZARUS

In zweierlei Hinsicht lieferte A. LAZARUS wichtige Beiträge für eine Weiterentwicklung des SST's: Als erstes erkannte er die Notwendigkeit, den Klienten nicht nur unangemessene Reaktionen "wegzukonditionieren", sondern ihnen auch neue, effektive Verhaltensweisen beizubringen. Zum zweiten forderte er, zwischen selbstsicherem und aggressivem Verhalten zu unterscheiden und *positive Gefühlsäußerungen* stärker zu berücksichtigen.

Schon sehr früh in der Entwicklung des SST's erkannte er, daß angemessenes Verhalten nicht zwangsläufig spontan regeneriert, sobald Ängste und Hemmungen abgebaut sind. Deshalb wurde für ihn *Verhaltensübung* (behavior rehearsal) zum zentralen Mittel in der Behandlung selbstunsicherer Klienten als

"ein spezifisches Verfahren, das darauf abzielt, defizitäre oder inadäquate soziale oder interpersonale Reaktionen durch effiziente oder effektive Verhaltensmuster zu ersetzen"
(LAZARUS 1966, S. 209).

Nach Beendigung seiner Zusammenarbeit mit WOLPE setzte sich LAZARUS in der Folge verstärkt mit dem Inhalt von Selbstsicherheit auseinander. Seine veränderte Perspektive bezog insbesondere die Effekte des Verhaltens auf den Interaktionspartner mit ein und kam zu einer klaren Trennung zwischen Selbstsicherheit und aggressivem Ausdruck von Ärger und Feindseligkeit. Für ihn ging es mehr darum, ein Mittel zur *Gestaltung effektiver zwischenmenschlicher Beziehungen* zu finden, wobei er als ganz wesentlich die Fähigkeit, in nuancierter Form Liebe, Zuneigung und andere positive Gefühle ausdrücken zu können, ansah (LAZARUS 1971, S. 116).

Aufgrund seiner Praxiserfahrungen kam er weiterhin zu der Einschätzung, daß Selbstsicherheit kein uniformes Verhaltensmuster ist, das in jeder Situation gleiche Kompetenzen voraussetzt. 1973 stellt er ein Modell von Selbstsicherheit vor, das - allerdings ohne theoretische Herleitung - verschiedene *separate Kompetenzen* benennt, zwischen denen er wenig Generalisierung annimmt: Die Fähigkeit, "nein" zu sagen; die Fähigkeit, Wünsche und Forderungen zu äußern; die Fähigkeit, Gespräche zu beginnen, aufrechtzuerhalten und zu beenden (LAZARUS 1973, S. 697). Kompetenz in allen vier Bereichen hält er für notwendig, um funktionierende Beziehungen in unserer Gesellschaft zu erreichen.

Theoretische Annahmen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Selbstunsicherheit

Selbstunsicherheit wird als *situationsspezifisches Verhaltensdefizit* aufgefaßt: Man nimmt an, daß Individuen sich nicht allein aus Angst heraus unsicher verhalten, sondern weil sie die relevanten verbalen und nonverbalen Reaktionen nicht beherrschen (HERSEN et al 1973; McFALL & TWENTYMAN 1973).

"Selbstunsicherheit ist oft lediglich ein Ausdruck des Nichtkönnens oder Nichtwissens, wie eine bestimmte soziale Situation am besten gelöst werden kann" (ULLRICH DE MUYNCK & FORSTER 1974, S. 351).

Kennzeichnend für dieses Problemverständnis ist, daß gestörtes Verhalten immer in einem *situativen, interpersonalen, aufgabenorientierten Kontext* betrachtet wird und am Außenkriterium einer fehlenden Problemlösung festgemacht wird (McFALL & TWENTYMAN 1973; McFALL 1976). (Im Unterschied dazu vertrat das Angst-Hemmungs-Modell eine Verhaltens-exzeßperspektive, die keine explizite Beziehung zur konstruktiven Problembewältigung herstellte.)

Eine bestimmte Verhaltensweise kann nicht absolut als angemessen oder unangemessen eingeordnet werden, sondern erst in bezug auf die konkreten Situationsanforderungen. Man spricht von einem Verhaltensdefizit, wenn man vorhersagen

kann, daß ein Alternativverhalten positivere Konsequenzen für den Klienten bewirken würde. In der Regel ist es der Klient selber, der sein Verhalten als unangemessen etikettiert und eine Therapie aufsucht, weil er mit diesem Verhalten anstehende Lebensprobleme nicht lösen kann (McFALL 1976).

Die Annahme, das Individuum wisse nicht, wie es sich verhalten soll, bezieht sich weniger auf mangelndes theoretisches Wissen als auf das Fehlen aktiver Handlungskompetenz. Das Individuum mag die erforderlichen Fertigkeiten grundsätzlich beherrschen, aber nicht auf die konkrete Situation anwenden oder Einzelreaktionen nicht entsprechend koordinieren können, oder unangemessenes Verhalten könnte durch vorheriges Lernen eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit haben (siehe hierzu auch noch CURRAN 1979; LINEHAN 1979).

Soweit überhaupt in den Einzelbeiträgen explizit angesprochen, lassen sich die theoretischen Annahmen über Entstehung und Aufrechterhaltung selbstunsicheren Verhaltens dem Paradigma des *operanten Lernens* zuordnen. Beides wird im wesentlichen mit dem *Gesetz des Effekts* begründet, d. h. mit einer ungünstigen Lerngeschichte, die ein defizitäres Verhaltensmuster bisher in Problemsituationen als effektiv erscheinen ließ (vgl. McFALL 1976). (Unangemessenheit ist deshalb nicht aus der Lerngeschichte des Individuums bestimmbar, sondern nur nach externalen Kriterien der effektiven Problemlösung.)

Ein unangemessenes Verhaltensrepertoire entwickelt sich selektiv aus denjenigen Reaktionen, die in vorherigen Lernerfahrungen den größten Verstärkungswert bewiesen haben. Dadurch haben diese Reaktionen eine deutlich erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit im Vergleich zu anderen Verhaltensmöglichkeiten. Daß selbstunsicheres Verhalten aufrechterhalten bleibt, auch wenn es von den gegenwärtigen Situationsanforderungen eher als unangemessen erscheint, wird dadurch erklärt, daß das Individuum keine Verhaltensalternative mit höherem Verstärkungswert beherrscht (GOLDSMITH & McFALL 1975; McFALL 1976, S. 232f).

In einigen Punkten wird diese Erklärung problematisch: z. B. bleiben empirische Ergebnisse unberücksichtigt, die zeigen konnten, daß selbstunsichere Probanden nicht unbedingt weniger Wissen über angemessenes Verhalten haben als selbstsichere Probanden (s. u., Abschn. 1.3.1). Zum anderen stellt sich die Frage, wieso defizitäres Verhalten durch soziale Sanktionen nicht wieder gelöscht wird. Hier könnte das Konzept der negativen Verstärkung (bei Vermeidung von Problemsituationen) unter Umständen eine bessere Erklärung bieten.

Konsequenterweise führt die Annahme fehlender Verhaltensalternativen zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den Inhalten sozialer Kompetenz, da man im Gegengewicht zu den bisher verfestigten unangemessenen Reaktionsmustern ein Verhalten mit mehr Verstärkungswert vermitteln muß.

Zum Inhalt von Selbstsicherheit

Selbstsicherheit wird - wie schon bei LAZARUS angesprochen wurde - als *situationsspezifische Fertigkeit* verstanden, deren Elemente vom Kontext der Situation abhängen, wobei eine *effektive Problemlösung* gewöhnlich als wichtigstes Kriterium bezeichnet wird (GOLDFRIED & D'ZURILLA 1969; HEIMBERG et al 1977; HERSEN & BELLACK 1977; CURRAN 1979).

Fertigkeiten sind zum einen situationsspezifisch, weil je nach Kontext andere verbale und nonverbale Reaktionen angemessen sind, zum anderen auch, weil Individuen je nach Situation in ihrer sozialen Geschicklichkeit variieren (siehe ausführlich BELLACK 1979, S. 77).

Die bisherigen Beiträge zum Inhalt von Selbstsicherheit, auch in der Unterscheidung gegenüber unsicherem und aggressivem Verhalten, haben sich mehr damit beschäftigt, relevante Verhaltenskomponenten zu identifizieren, als daß Ansätze zu einer übergreifenden Definition weiterentwickelt worden wären.

Die identifizierten Verhaltenskomponenten können in zwei größere Gruppen unterteilt werden: Auf der einen Seite die *verbal-inhaltlichen Fertigkeiten*, die meist einen erhöhten Kom-

plexitättheitsgrad aufweisen, und auf der anderen Seite die *nonverbalen* und *paraverbalen Fertigkeiten*, also das mimische und gestische Ausdrucksverhalten.

Vorwiegend wurden *verbale Fertigkeiten* aus dem Bereich der *negativen Selbstsicherheit* untersucht; dabei beschäftigten sich die meisten Arbeiten mit dem *Zurückweisen übertriebener Forderungen* bzw. *Nein-sagen* (z. B. McFALL und Mitarb. 1970-1973; KAZDIN 1974; THORPE 1975; LONGIN & ROONEY 1975; MELNICK & STOCKER 1977; NIETZEL et al 1977). Seltener wurde als verbaler Inhalt *Forderungen stellen* untersucht (z. B. ZIMMER 1976). An etwas komplexeren Fertigkeiten aus dem Bereich der *negativen Selbstsicherheit* wurden der *Umgang mit Kritik* (RIMM et al 1976) und der *Ausdruck von Ärger* (RIMM et al 1974) behandelt.

Inhalte aus dem Gebiet der *positiven Selbstsicherheit* wurden erst in den letzten Jahren etwas mehr berücksichtigt. Hauptsächlich handelte es sich dabei um Fertigkeiten der *Kontaktaufnahme* (dating-Verhalten), so daß der Geltungsbereich noch als etwas eingeschränkt anzusehen ist (MELNICK 1973; ARKO-WITZ und Mitarb. 1974, 1975; CURRAN und Mitarb. 1975, 1976; BARLOW et al 1977).

Der Gruppe der *nonverbalen* und *paraverbalen Fertigkeiten* wird von einigen Autoren noch mehr Bedeutung zugemessen als den inhaltlichen Fertigkeiten (vgl. MEHRABIAN 1968; MEHRABIAN & FERRIS 1967; SERBER 1972). Für SERBER (1972) ist die Einheit von verbalem und nonverbalem Verhalten das oberste Therapieziel; zu den wichtigsten Ausdrucksfertigkeiten zählt er *Lautstärke*, *Sprechflüssigkeit*, *Blickkontakt*, *Mimik*, *Körperausdruck* und *räumliche Distanz*. Als weitere nonverbale bzw. paraverbale Komponenten werden in der Regel noch *Antwortlänge*, *Reaktionslatenz*, *Gestik* und *Intonation/Stimmodulation* genannt (vgl. z. B. EISLER, HERSEN und Mitarb. 1973-1976).

Einige wenige Untersuchungen beschäftigten sich auch mit relevanten *äußeren Determinanten* selbstsicheren Verhaltens, wobei am häufigsten die Frage der *Geschlechtsspezifität*

überprüft wurde (z. B. EISLER et al 1975; HOLLANDSWORTH & WALL 1977). Zudem konnten EISLER et al (1975) bei psychiatrischen Patienten zeigen, daß negative Selbstsicherheit andere nonverbale Komponenten beinhaltet als positive Selbstsicherheit.

Schließlich wurden verschiedentlich auch Inhalte sozialer Kompetenz in Form von mehr oder minder systematischen Verhaltenskatalogen zusammengestellt, die eher eine Orientierungshilfe für die therapeutische Praxis darstellen, aber keine übergreifende Definition ersetzen können:

RATHUS (1972, 1973) führt neun Dimensionen selbstsicheren Verhaltens auf, die sich eng an die Regeln aus SALTER's "expressive training" anlehnen, ansonsten aber nicht theoretisch oder empirisch hergeleitet werden.

Systematisch gehen ULLRICH DE MUYNCK & ULLRICH (1976) vor, die auf dem Wege der Faktorenanalyse vier, relativ unabhängige Dimensionen selbstsicheren Verhaltens identifizieren:

- " - sich Fehler erlauben und Kritik ertragen zu können,
- Forderungen stellen zu können, sich eigene Wünsche erlauben und sie auch durchsetzen zu können,
- Kontakte herstellen und erhalten und
- ohne negative Gefühle unberechtigte Bitten abschlagen zu können (Neinsagen)"

(ULLRICH & ULLRICH DE MUYNCK 1976, S.18).

Hier sind deutliche Ähnlichkeiten zu den von LAZARUS (1973) angegebenen Kompetenzbereichen festzustellen (s.o.).

Für die Praxis des SST's haben sich die bislang aufgefundenen Verhaltenskomponenten als sehr nützlich erwiesen: Zum einen werden sie als Beobachtungsdimensionen zur Feststellung individueller Verhaltensdefizite herangezogen. Zum anderen können die Therapieziele anhand dieser Komponenten positiv spezifiziert werden.

Was jedoch in einer individuellen Problemsituation ein kompetentes Verhaltensmuster ausmacht, bleibt vorerst noch in entscheidendem Maße dem Konsens zwischen Therapeuten und Klienten überlassen. Die Beherrschung der einzelnen Fertigkeiten, jeweils für sich genommen, reicht noch nicht aus, um kompetentes Verhalten zu verwirklichen. Fertigkeiten müssen miteinander reibungslos kombiniert und auf die speziellen Situationsbedingungen und den Interaktionspartner angemessen abgestimmt werden.

Empirische Daten weisen derzeit noch einige Inkonsistenzen in der relativen Gewichtung der verschiedenen verbalen und nonverbalen Fertigkeiten auf (vgl. CURRAN 1979); u. a. besteht Uneinigkeit darüber, wie gut sie zwischen selbstsicheren und selbstunsicheren Probanden differenzieren können (s.u., Abschn. 1.3.1).

Ansätze zu einer übergreifenden Definition von Selbstsicherheit

Wie sich im vorigen gezeigt hat, entsteht die Notwendigkeit einer integrierenden Definition sowohl im Hinblick auf eine Systematisierung empirischer Forschung als auch aus den Erfordernissen der therapeutischen Praxis heraus. Der wissenschaftliche Nutzen des Konstrukts Selbstsicherheit könnte erheblich gesteigert werden durch eine übergeordnete Theorie, anhand derer sich die besondere Qualität selbstsicheren Verhaltens allgemein bestimmen läßt und eine klare Unterscheidung gegenüber aggressivem Verhalten möglich ist.

Die vorliegenden Definitionsansätze können in drei unterschiedliche Gruppen eingeordnet werden:

- Am häufigsten wird soziale Kompetenz in Begriffen der Konsequenzen, also der *Funktionalität* des Verhaltens definiert (z. B. LIBET & LEWINSOHN).
- Eine zweite Gruppe von Definitionen setzt Selbstsicherheit bzw. soziale Kompetenz mit *Problemlösefähigkeit* gleich (z. B. GOLDFRIED & D'ZURILLA).
- Vergleichsweise selten sind Ansätze, die eine *qualitative inhaltliche Bestimmung* von Selbstsicherheit versuchen (z. B. ULLRICH & ULLRICH DE MUYNCK oder LANGE & JAKUBOWSKI).

Im Rahmen einer verhaltensorientierten Depressionsforschung definieren LIBET & LEWINSOHN (1973) selbstsicheres, sozial geschicktes Verhalten als die

"komplexe Fähigkeit, Verhaltensweisen zu emittieren, die positiv oder negativ verstärkt werden, und solche Verhaltensweisen nicht zu emittieren, die durch andere bestraft oder gelöscht werden" (ebd., S. 304).

Im Sinne der *funktionalen* Ansätze wird Verhalten dann als sozial geschickt eingestuft, wenn es positive Zuwendung oder ähnliche Reaktionen beim Interaktionspartner hervorruft, die wiederum die Auftretenswahrscheinlichkeit dieses Verhaltens erhöhen.

Ein großer Nachteil der funktionalen Ansätze liegt darin, daß Selbstsicherheit damit im Grunde nur post hoc bestimmbar ist und fast ausschließlich von der Reaktion des Interaktionspartners abhängig gemacht wird (vgl. hierzu auch die Definition von RICH & SCHROEDER 1976). Für die therapeutische Praxis liefert eine solche Definition nur begrenzte Hilfen und kann zudem auch nicht gegenüber aggressivem Verhalten klar unterscheiden (siehe auch die Kritik von CURRAN 1979).

Im Unterschied dazu betonen die Ansätze, die Selbstsicherheit mit *Problemlösefähigkeit* gleichsetzen, die Aktivität des Individuums, das selber steuernd eingreift. Als Basiseinheit zur Erfassung sozialer Kompetenz wählen GOLDFRIED & D'ZURILLA (1969) die *effektive Reaktion* des Individuums in bestimmten Lebenssituationen, die am Einfluß des eigenen Verhaltens auf die Umgebung festgemacht wird.

Ein sozial geschicktes Verhalten ist ein (verbales, motorisches und kognitives) Reaktionsmuster, das eine Problemsituation so verändert, daß sie nicht länger problematisch ist, und das gleichzeitig ein Maximum an positiven und ein Minimum an negativen Konsequenzen hervorruft. Ausschlaggebend sind die Verfügbarkeit vieler möglicher Reaktionsalternativen und ein qualifiziertes Entscheidungsverhalten zur Auswahl der effektivsten Alternative (vgl. auch HEIMBERG et al 1977).

Problemlösefähigkeit stellt sicherlich einen wichtigen Aspekt sozial geschickten Verhaltens dar, geht aber nicht spezifisch genug auf die Bedingungen sozialer Interaktionen ein, da sie eine ebenso relevante Voraussetzung auch für andere Bereiche - wie z. B. Arbeitsverhalten - ist.

Ein erstes Beispiel für einen *qualitativen inhaltlichen* Ansatz

stellt die Definition von ULLRICH DE MUYNCK & ULLRICH (1973) dar:

"Mit dem Begriff Selbstsicherheit ist die Fähigkeit eines Individuums gemeint, in Relation zu seiner Umgebung eigene Ansprüche zu stellen und sie auch verwirklichen zu können. Dazu gehört also, *sich zu erlauben*, eigene Ansprüche zu haben, *sich zu trauen*, sie auch zu äußern und die Fähigkeit zu besitzen, sie auch *durchzusetzen*" (ebd., S. 254).

Sie nehmen weiterhin an, daß ein hinlängliches Beherrschen dieser Fähigkeiten in der täglichen sozialen Interaktion "zu einem optimalen Selbstwertgefühl durch ständiges Erhalten positiver Verstärker" führt (ULLRICH DE MUYNCK & ULLRICH 1973, S. 254).

Diese Definition geht - ebenso wie auch der Problemlöseansatz - über den Bereich des beobachtbaren Verhaltens hinaus. Selbstsicherheit wird hier umfassender auch als Frage von kognitiven (sich eigene Ansprüche erlauben) und emotionalen (Mut zum Äußern) Voraussetzungen gesehen. Problematisch ist dabei jedoch, daß die Betonung etwas *einseitig* auf dem Durchsetzen eigener Ansprüche liegt und daß angenommen wird, durch Verhaltenseffektivierung werde langfristig das soziale Verstärkungssystem zugunsten des Individuums manipuliert. Eine solchermaßen einseitige Manipulation kann kein angemessenes Ziel sein, wenn selbstsicheres Verhalten für den Aufbau langfristig befriedigender Beziehungen eingesetzt werden soll.

Den bislang ausführlichsten Versuch, Selbstsicherheit qualitativ, inhaltlich zu definieren, machten LANGE & JAKUBOWSKI (1976), die dabei auch auf die Abgrenzung zu unsicherem und aggressivem Verhalten eingehen. Sie verstehen unter Selbstsicherheit das *Eintreten für persönliche Rechte*, d. h. Gedanken, Gefühle und Meinungen in direkter und ehrlicher Weise auszudrücken, *ohne* die Rechte des anderen zu verletzen (vgl. hierzu auch ALBERTI & EMMONS 1977).

Als Ziele selbstsicheren Verhaltens betonen sie *Kommunikation*

und Gegenseitigkeit, um bei Konflikten Raum für Kompromisse zu lassen, in denen keiner der Beteiligten seine grundlegende Identität aufgeben muß. Dieses Konzept bezeichnen sie als verantwortungsbewußte Selbstsicherheit, die die eigenen Rechte nicht auf Kosten des anderen durchsetzen will. Zugeordnet ist diesem Verhalten ein nonverbales Ausdrucksverhalten, das kongruent und unterstützend zum verbalen Inhalt ist.

In Abgrenzung dazu definieren sie *Selbstunsicherheit* als das *Verletzen der eigenen Rechte*, indem die Rechte des Interaktionspartners, um Konflikten aus dem Wege zu gehen, höher bewertet werden als die eigenen. Der nonverbale Ausdruck reduziert hier das Gewicht der inhaltlichen Aussage.

Aggressives Verhalten kennzeichnen LANGE & JAKUBOWSKI als das Eintreten für die eigenen Rechte in einer Form, die die Rechte des anderen *ignoriert und verletzt*, mit dem Ziel, zu "gewinnen" und den anderen zum Verlierer zu stempeln. Das nonverbale Verhalten drückt den Wunsch nach Dominanz und Herabsetzung des anderen aus.

Das Konzept der Rechte stellt sicherlich noch keine in sich geschlossene Theorie selbstsicheren Verhaltens dar. Beispielsweise müßten noch weitere Operationalisierungen auf der Verhaltensebene vorgenommen werden. Auf der kognitiven Ebene der Einstellung zu sich selbst und zum anderen leistet das Modell derzeit jedoch schon eine brauchbare Orientierungshilfe, um die Qualität eines angestrebten Verhaltens für die Interaktion einschätzen zu können.

Mit dem Klienten kann an seinen persönlichen Problemsituationen erarbeitet werden, inwieweit er sich bestimmte Rechte zugesteht, ob sein Verhalten dem anderen die gleichen Rechte läßt oder ob er die Rechte des Interaktionspartners höher bewertet als seine eigenen.

Gerade in der Betonung des gegenseitigen Respektierens persönlicher Rechte wird der Begriff der Selbstsicherheit aus den engen Grenzen der Selbstbehauptung herausgelöst und nicht mehr nur vom Erfolg beim Interaktionspartner abhängig gemacht. Der Verhaltensspielraum wird um den Bereich konstruktiver Kompromisse erweitert, wodurch als Funktion von Selbstsicherheit bzw. sozialer Kompetenz die konstruktive Gestaltung von Beziehungen in den Vordergrund rückt. Von daher liefert der Ansatz von LANGE & JAKUBOWSKI eine sehr

nützliche Grundlage zur Zieldefinition im SST, die stärker als die übrigen Definitionsversuche eine klare Trennung zu aggressivem Verhalten zieht.

Die Behandlungsstrategie

Aus der Verhaltensdefizitperspektive leitet sich eine Behandlungsstrategie des *Verhaltensaufbaus* ab, die einen deutlich erzieherischen Anspruch hat, indem sie effektives, sozial geschicktes Verhalten vermitteln will (GOLDSMITH & McFALL 1975; MacDONALD 1975).

Gemeinsam mit dem Klienten werden als positive Lernziele diejenigen spezifischen Kompetenzen definiert, die er zur Lösung seiner Probleme erwerben will. Durch entsprechend instruktive Techniken wird der Klient dann angeleitet, sein Verhalten an das definierte Ziel anzunähern, indem die einzelnen Fertigkeiten schrittweise eingeübt werden. Wichtigstes Mittel ist die Technik der *Verhaltensübung*, mit der angemessene Verhaltensmuster systematisch ausgeformt werden. Als unterstützende Maßnahmen werden *Modellvorgabe*, *Instruktionsvorgabe* und *Rückmeldung* eingesetzt. Zur Erhöhung des Trainingstransfers werden spezielle *Hausaufgaben* gegeben.

Die wesentlichen Merkmale dieser Strategie können nach McFALL & TWENTYMAN (1973) folgendermaßen zusammengefaßt werden:

"Das Therapiemodell besteht darin, die Patienten mit direktem Training in genau jenen Fertigkeiten zu versorgen, die in ihrem Verhaltensrepertoire fehlen. Sehr wenig Beachtung wird der Eliminierung bestehender, unangemessener Verhaltensweisen geschenkt; stattdessen wird angenommen, daß in dem Maße, wie geschickte, angemessene Reaktionen aufgebaut, geübt und verstärkt werden, die früheren unangemessenen Reaktionen ersetzt werden und verschwinden." (ebd., S. 199)

Der Veränderungsprozeß wird also damit erklärt, daß dem Individuum aktiv und gezielt eine neue Art des Reagierens beige-

bracht wird, für die es von der Umwelt zunehmend verstärkt wird, so daß sich die Auftretenswahrscheinlichkeit des "neuen" Verhaltens allmählich erhöht (vgl. McFALL 1976, S. 242).

1.2.2 ARGYLE's Theorie der sozialen Fertigkeiten

Erst in den letzten Jahren ist die klinische Forschung zum SST dazu übergegangen, sozialpsychologische Erkenntnisse über interpersonales Verhalten aufzugreifen. Die folgenden Ausführungen können lediglich einen kleinen Einblick in sozialpsychologische Theoriebildung zur sozialen Kompetenz geben (für einen weiteren Überblick siehe TROWER 1979). Beispielshaft wird ARGYLE's *Theorie der sozialen Fertigkeiten* dargestellt, um daran einige Aspekte aufzuzeigen, die wichtige Anregungen für klinische Theoriebildung zum SST liefern können.

ARGYLE's Theorie der sozialen Fertigkeiten geht von einer Analogie zu serialen motorischen Fertigkeiten aus:

"Eine Fertigkeit kann definiert werden als eine - auf ein Objekt oder eine Situation bezogene - organisierte und koordinierte Handlung, die aus einer Kette sensorischer, zentraler und motorischer Mechanismen besteht. Eins ihrer Hauptmerkmale besteht darin, daß die Handlung oder der Handlungsablauf unter ständiger Kontrolle des sensorischen inputs stehen." (ARGYLE & KENDON 1967, S. 56)

Es wird angenommen, daß soziales Verhalten auf übergeordnete Ziele ausgerichtet ist, die mit grundlegenden Motiven - z. B. Kontakt oder soziale Zuneigung - in Verbindung stehen. Die Zielerreichung hängt vom Verhaltensgeschick ab, das eine kontinuierliche Folge von Beobachtung und Korrektur des Verhaltens durch Rückkoppelungsschleifen (analog zum Regelkreismodell) beinhaltet.

Ein grundlegendes Element jeder Fertigkeit stellt die *selektive Wahrnehmung von Schlüsselreizen* dar:

Aus den vielfältigen Informationen einer Interaktionssituation muß das Individuum zunächst als Folge seiner begrenzten Aufnahmekapazität die für seine Ziele relevanten Reize identifizieren. Es muß also gleichzeitig lernen - wie ARGYLE & KENDON besonders betonen -, welche Informationen ignoriert werden können (ARGYLE & KENDON 1967, S. 57).

TROWER (1979) ordnet dieser Wahrnehmungskomponente verschiedene Prozesse sozialer Informationsstrukturierung zu - wie u. a. Etikettierung (z. B. in Form sozialer Stereotypen) oder auch Attributionstendenzen.

Die so gewonnenen und strukturierten Informationen werden anschließend durch *zentrale Übersetzungsprozesse* zu einem angemessenen *Handlungsplan* verarbeitet:

In einer Art Problemlösevorgang entscheidet das Individuum, welche Reaktionen bzw. Reaktionssequenzen in einer gegebenen Situation effektiv sein können. Das Individuum muß lernen, mit welchen sozialen Techniken die gewünschten Reaktionen beim ändern bewirkt werden können.

Der kognitiv repräsentierte Handlungsplan ist dann in *motorische Reaktionen* zu übersetzen, die allmählich eingeübt und zunehmend geschickter werden.

ARGYLE & KENDON unterscheiden hier zwischen einer allgemeinen Orientierung, die den Handlungsablauf im Großen strukturiert, und Unterplänen, die die verschiedenen Einzelreaktionen steuern.

In der aktuellen Interaktion werden die Handlungssequenzen durch *Rückkoppelung* - z. B. über Mimik und Gestik des Interaktionspartners - ständig mit dem angestrebten Ziel verglichen und korrigiert.

ARGYLE (1972) bezeichnet sein Modell als einen ersten Ansatz zur Analyse sozialer Interaktionen, der auf verschiedenen Ebenen noch weiter ausgearbeitet werden muß (vgl. BORNEWASSER et al 1979).

Die Bedeutung von Wahrnehmungs- und Rückmeldeprozessen wird auch von ARGYRIS (1965a, 1965b, 1968) betont, der soziale Kompetenz im Zusammenhang mit der Effektivität des Individuums als Mitglied einer Gruppe oder Organisation definiert.

Als notwendige Bedingungen sozialer Kompetenz nennt er die Fähigkeit, sich über die eigenen sozial relevanten Verhaltens-

weisen bewußt zu sein und dafür Verantwortung zu übernehmen;
die Fähigkeit, konstant offen zu sein für neue Faktoren
(den andern zu Rückmeldung ermutigen, Rückmeldung annehmen);
und die Fähigkeit, über die eigenen gegenwärtigen Grenzen
hinaus zu experimentieren (das Risiko auf sich nehmen, sich
in neue Erfahrungssituationen zu begeben).

Unabhängig davon, ob eine Analogie zwischen motorischen und sozialen Fertigkeiten uneingeschränkt haltbar ist, können einzelne Bestimmungsstücke dieser Theorie zu einer gründlicheren Analyse sozialer Defizite führen, als diese bisher von klinischen Arbeiten geleistet wird.

Eine erste wichtige Ergänzung ist die Berücksichtigung einer angemessenen Situationswahrnehmung: Sozial ungeschicktes Verhalten kann demnach auch darauf zurückzuführen sein, daß das Individuum gar nicht erst die relevanten Interaktionsaspekte erkennen kann oder falsch strukturiert und somit sein Verhalten nicht adäquat auf die Situationsanforderungen ausrichtet.

Weiterhin können Verhaltensungeschicklichkeiten daraus resultieren, daß das Individuum nicht gelernt hat, welche Verhaltensweisen wann effektiv sind. Vornehmlich auf diesen Aspekt gehen die klinischen Arbeiten zum Modell der sozialen Fertigkeiten ein. ARGYLE's Theorie betont hierbei jedoch stärker die Notwendigkeit angemessener Planung, d. h. sich selber bewußt zu machen, wie man ein Ziel erreichen will.

Unabhängig von der Beherrschung eines Reaktionsmusters können Probleme dadurch entstehen, daß das Individuum die unmittelbare Rückmeldung des Interaktionspartners nicht angemessen aufnimmt und sein Verhalten dadurch nicht flexibel und präzise auf den anderen einstellen kann. Notwendige Voraussetzung hierfür ist wiederum die Wahrnehmung der relevanten Schlüsselreize.

Grundsätzlich sollte eine Analyse von Verhaltensdefiziten sinnvollerweise auch überprüfen, ob die Zielsetzung des Individuums den Realitäten der Situation und seinen Fähig-

keiten entsprechen, da von der Zielsetzung alle Verarbeitungsprozesse beeinflusst werden.

1.2.3 Zusammenfassung und Kritik

Das *Modell der sozialen Fertigkeiten* hat wesentlich dazu beigetragen, ein Problembewußtsein dafür aufzubauen, daß Selbstsicherheit eine komplexe Koordination verschiedenster Fertigkeiten verlangt, die auf den besonderen Kontext einer Situation abgestimmt sein müssen. Die verstärkte Auseinandersetzung mit den Therapiezielen führte zu einer entscheidenden Erweiterung des Selbstsicherheitskonzepts: von reiner Selbstbehauptung hin zu konstruktiver Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.

Die wichtigsten konzeptuellen Merkmale des Modells können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

- *Selbstunsicherheit* wird als Verhaltensdefizit aufgefaßt, das sich im Laufe der individuellen Lerngeschichte selektiv in bestimmten Situationen herausgebildet hat.
- *Selbstsicherheit* wird als gelernte Fertigkeit verstanden, in der je nach Situationsbedingungen andere Verhaltenskomponenten eine Rolle spielen. In der Regel wird aggressives Verhalten nicht dazu gerechnet.
- Die daraus abgeleitete *Behandlungsstrategie* konzentriert sich auf den Aufbau situationsspezifischer Kompetenzen, wobei Verhaltensübung eine der Haupttechniken ist.

Für die Praxis des SST's steht ein umfangreiches Netz an Verhaltensindikatoren zur Verfügung, anhand derer individuelle Defizite eines Klienten identifiziert werden können und positive Therapieziele ableitbar sind. Von den empirischen Ergebnissen her zeigt sich noch keine breite Einigkeit über die relative Gewichtung der einzelnen Verhaltenskomponenten.

Wünschenswert wäre eine stärkere Integration sozialpsychologischer Ansätze, um die verschiedenen Elemente einer komplexen Handlungsregulation - wie Wahrnehmung und Planung - in die Analyse individueller Defizite einzubeziehen. Dadurch könnte der Prozeßcharakter des Verhaltens angemessener berücksichtigt werden.

1.3 Das Modell der inneren Bewertungsmechanismen

Dieses Konzept des SST's geht aus kognitiven Therapieansätzen hervor, deren gemeinsamer Grundgedanke darin besteht, daß äußere Reize erst über *vermittelnde* gedankliche Prozesse wirksam werden. Psychische Störungen werden als Folge *dysfunktionaler kognitiver Verarbeitungsprozesse* aufgefaßt, in denen äußeren Ereignissen ihre subjektive affekt- und handlungssteuernde Bedeutung zugewiesen wird (BECK 1976; MARZILLIER 1980).

In diesen allgemeinen Bezugsrahmen fallen verschiedene Störungs- und Behandlungstheorien, die in unterschiedlichem Ausmaß unangemessene Gedanken bzw. die zugrundeliegenden Strukturen des Denkens als entscheidend für psychische Störungen ansehen und in unterschiedlichem Ausmaß Kognitionen zum Zielpunkt der Veränderungsmaßnahmen nehmen (vgl. MAHONEY & ARNKOFF 1978).

Das Interesse an kognitiven Modellen des SST's wird allgemein gestärkt durch eine Reihe von empirischen Arbeiten, die die *affektsteuernde Funktion* von Gedanken aufzeigen (z. B. VELTEN 1968; RIMM & LITVAK 1969; GOLDFRIED & SOBOCINSKI 1975). Speziellere Hinweise zur Bedeutung kognitiver Faktoren im SST ergeben sich aus den Ergebnissen von Untersuchungen über *relevante Unterscheidungsmerkmale* zwischen selbstunsicheren und selbstsicheren Probanden.

Zunächst zeigten einige Untersuchungen, daß selbstunsichere Probanden nicht unbedingt - wie bisher angenommen - weniger Wissen über angemessenes Verhalten haben als selbstsichere Probanden (SCHWARTZ & GOTTMANN; EISLER et al 1978). Ebenso konnten in anderen Untersuchungen spezifische Verhaltensmaße oftmals nicht zwischen selbstsicheren und selbstunsicheren Probanden unterscheiden (ARKOWITZ et al 1975; GLASGOW & ARKOWITZ 1975).

Signifikante Unterschiede zwischen selbstsicheren und selbstunsicheren Probanden zeigten sich jedoch in einer andersartigen kognitiven Verarbeitung von interpersonalen Ereignissen:

- Selbstsichere Probanden berichteten signifikant mehr positive als negative Selbstverbalisationen; während bei den selbstunsicheren Probanden gleich viel negative wie positive Selbstverbalisationen festgestellt wurden (SCHWARTZ & GOTTMANN 1976).
- Auf dem Gebiet des Kontaktverhaltens ließ sich die Unterscheidung (bei männlichen Studenten) nur anhand der Selbstbewertung des eigenen Verhaltensgeschicks und der Selbsteinschätzung der eigenen Angst festmachen (GLASGOW & ARKOWITZ 1975).
- Sozial-ängstliche Probanden nahmen die gleiche interpersonale Rückmeldung negativer wahr als nicht-ängstliche Probanden (SMITH & SARASON 1975).
- Selbstsichere Probanden erwarten in Interaktionssituationen häufiger positive Reaktionen von anderen und sind sich über den sozialen Wert selbstsicheren Verhaltens mehr bewußt als selbstunsichere Probanden (EISLER et al 1978).
- Schließlich zeigte sich zur Bedeutung irrationaler Überzeugungen, daß Probanden, die diese Überzeugungen nicht haben, sich als signifikant selbstsicherer und auch in Interaktionssituationen unbelasteter beschrieben als Probanden mit einem hohen Ausmaß an irrationalen Überzeugungen.

Diese empirischen Ergebnisse bestätigen nachdrücklich die Bedeutsamkeit dysfunktionaler Kognitionen für Selbstunsicherheit und lassen Zweifel an der generellen Gültigkeit der Verhaltensdefizitannahme aufkommen. Gleichzeitig weisen diese Ergebnisse darauf hin, daß eine direkte Änderung der unangemessenen Kognitionen eine gezielte Möglichkeit zum Aufbau von Selbstsicherheit darstellen kann.

Im Versuch einer Systematisierung vorliegender kognitiver Therapiemodelle unterscheidet MEICHENBAUM (1977) drei einander zum Teil überlappende Sichtweisen von gestörten Kognitionen:

1. *als Ausdruck irrationaler Bewertungen (beliefs)*

Diese Sichtweise, deren Urheber A. ELLIS (1962, 1977a) ist, betont die selbstabwertenden, selbstzerstörerischen Prämissen von inneren Selbstverbalisationen als entscheidenden Faktor psychischer Störung.

2. *als Ausdruck falscher Denkstile*

Als Kern der Störung werden die stilistischen Qualitäten der Kognitionen angesehen, wie willkürliche Schlußfolgerungen, Übertreibungen, Übergeneralisierungen, kognitive Mängel und dichotomes Denken (BECK 1970/1979).

3. *als Ausdruck fehlender Problemlösefähigkeit bzw. fehlender Bewältigungsfertigkeiten (coping skills)*

Diese Sichtweise konzentriert sich allein darauf, ob Selbstverbalisationen der Problemlösung oder Bewältigung von Konflikt- oder Stresssituationen dienlich sind oder ihr im Wege stehen. Prominente Vertreter dieses Ansatzes sind MEICHENBAUM (1975/1977) und D'ZURILLA & GOLDFRIED (1971). Die trainierten Anpassungsstrategien beschränken sich nicht allein auf kognitive Inhalte; man spricht hier auch von der "kognitiven Verhaltensmodifikation".

Ähnliche Einteilungen kognitiver Ansätze geben auch MAHONEY & ARNKOFF (1978) oder HOFFMANN (1979).

Ansichts dieses Spektrums an kognitiven Ansätzen ist es nicht verwunderlich, daß noch kein einheitliches kognitives Modell von Selbstunsicherheit oder Selbstsicherheit existiert, sondern daß jeder Ansatz tendenziell andere Schwerpunkte setzt. Einer der prägnantesten kognitiven Ansätze ist die *rational-emotive Therapie* (RET) von A. ELLIS (1962/1977a), die zu einem sehr konsequenten und umfassenden Modell des SST's führt (LANGE & JAKUBOWSKI 1976; ALDEN & SAFRAN 1978; LINEHAN 1979).

Die RET liefert im *A-B-C-Paradigma* psychischer Störung ein anschauliches Modell zur Bedeutung grundlegender *unangemessener Bewertungen* für Entstehung und Aufrechterhaltung von Selbstunsicherheit, das über die Ebene von "Oberflächenkognitionen" hinausgeht. Der Bezugsrahmen für ein kognitives Konzept von Selbstsicherheit entsteht aus der Auseinandersetzung mit rationalen Bewertungsalternativen unter besonderer Betonung einer *bedingungslosen Selbstakzeptanz* (ELLIS 1977d).

1.3.1 Das rational-emotive Störungskonzept

Der Kern des RET-Modells besteht in der Annahme, daß unangenehme, starke Gefühls- und Erregungszustände und unangemessenes Verhalten aus *irrationalen Bewertungen* resultieren. Als Hauptmechanismus in Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störung bezeichnet ELLIS (1977a) die menschliche Tendenz zur permanenten, aktiven *Selbstindoktrination*. Durch seine sprachlichen Fähigkeiten in der Symbolbildung kann der Mensch äußere Ereignisse willkürlich als gut oder schlecht, harmlos oder gefährlich *definieren* und damit seine Gefühle auch weitgehend autonom von Umwelteinflüssen kontrollieren.

Entscheidend für die Entwicklung der RET waren ELLIS' eigene Therapieerfahrungen mit der Psychoanalyse und später auch mit lerntheoretisch fundierten Methoden. Wesentliche Erkenntnisse waren für ihn, daß weder allein die Einsicht in die Entstehung einer Störung noch allein konkrete Übungen und neue Erfahrungen in belastenden Situationen einen anhaltenden Abbau neurotischer Reaktionen bewirken können. (Zur Kritik an der Psychoanalyse siehe ELLIS 1969, 1977a; zur Kritik an lerntheoretischen Methoden siehe ELLIS 1972, 1977a).

Denken und Fühlen werden als partiell identische Prozesse angesehen, wobei Emotionen sehr subjektive, stark wertende Arten des Denkens sind. (ELLIS übernimmt hier den Emotionsbegriff von M. ARNOLD; siehe ELLIS 1977a, S. 47f.) Als philosophische Grundlage seines Störungskonzepts zieht ELLIS die Lehren des griechischen *Stoizismus* heran, wonach

"es im Grunde genommen keine legitimen Gründe für Menschen gibt, sich aufzuregen, hysterisch zu werden oder emotional gestört zu sein" (ELLIS 1979a, S. 39).

Die wichtigsten Theorieannahmen sind im *A-B-C-Modell* psychischer Störung formalisiert, bei dessen Darstellung im folgenden besonders auf die Abgrenzung von *Bewertung* gegenüber anderen Formen der kognitiven Verarbeitung eines Ereignisses eingegangen wird.

Das A-B-C-Modell

Ausgangspunkt ist ein bestimmtes *aktivierendes Ereignis A* (eine Situation, eine Handlung, ein Gedanke oder auch ein Gefühl), aufgrund dessen das Individuum sich in seinem emotionalen Gleichgewicht gestört fühlt. A ist nicht gleichzusetzen mit dem behavioristischen Stimulusbegriff, sondern bezieht sich auf die *subjektiv wahrgenommene Realität*, ohne zunächst die Richtigkeit der Wahrnehmung in Frage zu stellen (vgl. auch WALEN et al 1980, S. 37).

WESSLER & WESSLER (1980, S. 4ff) verdeutlichen an ihrem *Modell der emotionalen Episode*, daß das, was ELLIS als aktivierendes Ereignis zusammenfaßt, aus vier verschiedenen Schritten besteht, mit denen bereits kognitive Verarbeitungsprozesse einsetzen: Grundlage jeder emotionalen Erfahrung ist eine empirisch bestätigbare *Realität*, d. h. ein externaler oder internaler Reiz. Im nächsten Schritt setzen die physiologischen Prozesse der sensorischen *Informationsaufnahme und -auswahl* ein. Im dritten Schritt beginnt die kognitive Verarbeitung, wenn die sensorisch aufgenommenen Reize *definiert* und in der inneren Sprache *idiosynkratisch beschrieben* werden. Schließlich werden in einem vierten Schritt die nicht-beobachtbaren Aspekte des Ereignisses *interpretiert*, d. h. das Individuum zieht Schlußfolgerungen über das Ereignis und sich selbst (vgl. die Denkstile bei BECK).

Im nächsten entscheidenden Schritt wird das aktivierende Ereignis einer kognitiven *Bewertung B* unterzogen; es wird als gut oder schlecht, positiv oder negativ, zuträglich oder abträglich für die eigene Person bzw. neutral bewertet. Je mehr die Bewertung vom persönlich neutralen Bereich abweicht, um so stärker ist der ausgelöste Affekt (vgl. auch

BECK 1976). ELLIS (1979a, S. 40) macht hier die Unterscheidung zwischen *rationalen Bewertungen* von A, die empirisch belegbar und situationsangemessen sind, und *irrationalen Bewertungen*, die empirisch nicht belegbar und situationsunangemessen sind.

Die jeweilige Qualität der Bewertung bestimmt die spezifischen *Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen C*: Rationale Bewertungen führen zu situationsangemessenen Gefühlen und Verhaltensweisen, die tendenziell die langfristigen Ziele des Menschen wie Glück und Überleben unterstützen. Irrationale Bewertungen führen zu starken, unangenehmen situationsunangemessenen Gefühlen und Verhaltensweisen, die den obengenannten Zielen im Wege stehen (vgl. ELLIS 1972, 1977b zur Kontrolle von Gefühlen; siehe auch WALEN et al 1980).

Die Bestimmung von A, B und C stellt die diagnostische Phase in der RET dar. Daran schließt sich als Kernstück der therapeutischen Veränderungsarbeit der *rationale Disput D* an, in dem irrationale Bewertungen auf ihre Realitätsangemessenheit hin hinterfragt werden. Ergebnis dieser Arbeit sollen kognitive, emotionale und behaviorale *Effekte E* sein, also rationale Neubewertungen und situationsangemessene Gefühle und Verhaltensweisen (s. u. Kap. 2).

Das besondere Kennzeichen von *Bewertung* - in Abgrenzung zu anderen "deskriptiven Kognitionen" - besteht darin, daß auf Dimensionen wie "gut/schlecht", "harmlos/bedrohlich" u. ä. die affektive Bedeutung eines Ereignisses für die Gesamtheit der eigenen Person definiert wird. Situationsunangemessene Beschreibungen und Interpretationen können an sich noch keine starken Affekte auslösen, wenngleich damit eine größere Wahrscheinlichkeit für unangemessene Reaktionen angelegt wird. Der entscheidende Punkt für die Affekt- und Handlungssteuerung ist, daß das Ereignis umfassend in seiner Bedeutung für die eigene Person bewertet wird (ELLIS & HARPER 1975; vgl. auch WALEN et al 1980, S. 37f, WESSLER & WESSLER 1980).

Die Inhalte unangemessener Bewertungen

Die RET nimmt gerade durch ihre qualitativen Aussagen über die Inhalte neurotischer Kognitionen eine herausragende Stellung innerhalb der kognitiven Ansätze ein. Verschiedentlich wird aber auch in Frage gestellt, ob die *Rationalitäts-Irrationalitäts-Dimension* sinnvoll zwischen angemessenen und unangemessenen Bewertungen unterscheiden kann (MEICHENBAUM 1977; MAHONEY & ARNKOFF 1978).

ELLIS selbst hat sich bislang noch nicht intensiv um eine saubere differenzierte Definition und Abgrenzung von rationalem versus irrationalem Denken bemüht. Meist bezeichnet er alle Gedanken als irrational, die selbstschädigende Konsequenzen bewirken und Glück und Überleben im Wege stehen (ELLIS 1977b, S. 15; ELLIS & HARPER 1975, S. 23). Dabei handelt es sich aber im Grunde um einen Zirkelschluß, wenn Irrationalität und Rationalität über die theoretisch postulierten Konsequenzen definiert werden (vgl. v.QUEKELBERGHE 1979a, 1979b).

Eine tragfähige Definition müßte Kriterien angeben, anhand derer Bewertungen als solche - ohne Spekulation über ihre Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen - als rational oder irrational eingestuft werden können. Ein solches Kriterium stellt im RET-Konzept die *Orientierung an empirischen Evidenzen* dar:

"Irrationales Denken besteht aus Bewertungen, die aus unempirischen, in absolutistischer Sprache aufgestellten Prämissen abgeleitet sind. Rationales Denken besteht aus Bewertungen, die sich auf empirisch Beweisbares beziehen: die eigenen Vorlieben und Wünsche. Irrationales Denken ignoriert Realität zugunsten dessen, was nach Meinung des Individuums sein sollte." (WESSLER & WESSLER 1980, S. 33. Vgl. auch ELLIS & HARPER 1975, S. 77ff; v.QUEKELBERGHE 1979b, S. 282ff.)

Über die wichtigsten inhaltlichen Elemente irrationaler Bewertungen liegen verschiedene Systematisierungen vor, die alle im wesentlichen auf ähnliche Grundkategorien hinauslaufen. Am bekanntesten dürfte wohl die ELLISSche Liste von irrationalen Ideen sein (ELLIS 1977a, Kap. III). Sehr übersichtlich und stringent ist die Strukturierung bei WESSLER & WESSLER (1980, S. 40ff), die den Aufbau irrationaler Bewertungen mit der Form eines Syllogismus vergleichen und

drei Hauptkomponenten irrationalen Denkens isolieren:

- *Katastrophieren (awfulizing),*
- *willkürliche Forderungen (demandingness),*
- *Selbst- und Fremdbewertung (evaluation of self and others).*

(vgl. ELLIS 1977b, S. 10; WALEN et al 1980, S. 2)

Eine irrationale Bewertung setzt sich immer aus mindestens zwei dieser drei Komponenten zusammen: Die Katastrophierung ist in der Regel die *Schlußfolgerung*, die aus einer - eine willkürliche Forderung oder Selbst- bzw. Fremdbewertung enthaltenden - *Hauptprämisse* und einer - mit dem aktivierenden Ereignis gleichzusetzenden - *Unterprämisse* gezogen wird.

Die *Katastrophierungskomponente* enthält immer die Annahme, daß etwas schrecklich, entsetzlich, fürchterlich sei, wobei das Unangemessene, Antiempirische dieser Bewertung darin besteht, daß sie das aktivierende Ereignis als das "*Schlimmste, was je passieren kann*" definiert. Diese Aussage ist empirisch nicht belegbar, da grundsätzlich immer "noch schlimmere" Ereignisse vorstellbar sind.

Der *rationale Gegenpol* wäre eine differenzierte Bewertung des Ereignisses, relativ zu seiner empirisch belegbaren Bedeutung. Voraussetzung hierfür ist eine differenzierte Semantik, mittels derer unangenehme Realitäten nicht im Sinne von "Ist alles gar nicht schlimm" verleugnet werden, sondern ihrer relativen Wichtigkeit entsprechend auf einem Kontinuum von unterschiedlichen Ausprägungen von "unangenehm" eingestuft werden.

Die *Komponente der willkürlichen Forderungen* besteht immer aus der Überzeugung, daß Dinge auf eine bestimmte Art und Weise sein müssen oder geschehen müssen bzw. daß bestimmte Sachen *nicht* sein dürfen oder *nicht* geschehen dürfen. Das Unangemessene daran ist, daß Vorlieben oder Wünsche (an die eigene Person, an andere oder an das Leben allgemein) in dogmatischer Form zu absoluten Gesetzmäßigkeiten oder Notwendigkeiten hochstilisiert werden, deren Verletzung undenkbar und streng zu verurteilen ist. Meist enthalten diese Forderungen eine Verneinung menschlicher Schwächen oder Fehlbarkeiten (vgl. WALEN et al 1980, S. 118ff). Zudem sind sie ein entscheidend-

der Faktor bei geringer Frustrationstoleranz (s. u.).

Die *rationale Alternative* wäre ein Denken in relativen Präferenzen wie "mögen", "schöner finden", "es wäre besser, wenn ...", nicht aber Gleichgültigkeit oder Desinteresse sich selbst, anderen oder dem Leben gegenüber. Die RET spricht hier von einem *Langzeit-Hedonismus-Konzept*: Glück und Überleben werden als die beiden wichtigsten Ziele im menschlichen Leben angesehen, die in einer Balance zwischen gegenwärtigem Vergnügen und langfristigen Konsequenzen anstrebbare sind, aber keine gesetzesmäßigen Notwendigkeiten darstellen (ELLIS 1979b, S. 39). WESSLER & WESSLER (1980) bezeichnen diese Haltung als "aufgeklärtes Selbstinteresse", in dem die eigenen kurzfristigen Interessen immer gegen die langfristigen sozialen Konsequenzen abgewogen werden.

Selbst- bzw. Fremdbewertung, als die dritte Komponente irrationalen Denkens, enthält immer unzulässige, unempirische *Übergeneralisierungen von einzelnen Merkmalen* (Verhaltensweisen, Charakterzügen, Leistungen, Talenten etc.) auf den Wert der Person als Ganzes. Schon die bloße Idee, Menschen zu bewerten, ist nach ELLIS in sich unangemessen, da die Komplexität menschlichen Seins eine angemessene globale Wertung der Person von vornherein unmöglich macht, weil sie zwangsläufig nur auf ganz bestimmte Ausschnitte zutreffen kann (1977c, 1977d).

Der *rationale Gegenpol* besteht in einer *bedingungslosen Selbstakzeptanz* (bzw. im bedingungslosen Akzeptieren des anderen), d. h. in einer nicht-wertenden Einstellung der Person gegenüber, in der Fehler und Schwächen bewußt wahrgenommen werden können, ohne sich oder andere abzuwerten (vgl. die Parallelen zum klientenzentrierten Menschenbild). Grundlegend für eine rationale "Lebensphilosophie" ist es nach ELLIS, sich selbst und andere in Begriffen des Seins und Existierens vollständig zu akzeptieren (1977c, S. 17). Bedingungslose Selbstakzeptanz ist eins der obersten Therapieziele in der RET, das vielleicht nie gänzlich, aber doch zumindest annäherungsweise verwirklicht werden kann, indem man globale Werten reduziert und darauf hinarbeitet, Bewertungen auf konkrete Verhaltensweisen zu beschränken (WESSLER & WESSLER 1980, S. 45ff).

Verschiedene Kombinationen dieser drei Grundkomponenten führen zu jeweils spezifischen *emotionalen Problemen und Verhaltensschwierigkeiten*. Als die wichtigsten emotionalen Probleme werden in der RET Gefühle von *Angst, Panik, Scham, Schuld, Ärger, Wut, Schmerz* und *Depressivität* bzw. typische Kombinationen dieser Gefühle angesehen. Die häufig damit verbundenen Verhaltensprobleme werden in Kategorien von *Verhaltensexzeß, Verhaltensmangel* und *antisozialem Verhalten* eingeordnet (WESSLER & WESSLER 1980, S. 66ff, S. 95ff).

1.3.2 Selbstunsicherheit und Selbstsicherheit aus Sicht der RET

Selbstunsicherheit wird als Problem unangemessener, irrationaler Bewertungen aufgefaßt, aufgrund derer in bestimmten zwischenmenschlichen Situationen häufig Gefühle von Angst, Ärger, Scham oder Schuld ausgelöst werden. Vorrangig werden die emotionalen Anteile des Problems betrachtet; Verhaltensschwierigkeiten - meist Vermeidungsverhalten - werden vergleichsweise geringer gewichtet. Man geht davon aus, daß das Individuum sich deshalb unangemessen verhält, weil es infolge irrationaler Bewertungen starke, unangenehme Gefühle erlebt, die wiederum seinen Verhaltensspielraum einschränken.

Zur besseren Veranschaulichung soll im folgenden exemplarisch in Anlehnung an LANGE & JAKUBOWSKI (1976) die Funktion dreier, in diesem Zusammenhang zentraler irrationaler Überzeugungen für Selbstunsicherheit (und Aggressivität) aufgezeigt werden (vgl. hierzu auch LUDWIG & LAZARUS 1972).

Ein erster, für selbstunsichere Klienten zentraler Bereich betrifft die *Bewertung von persönlicher Zurückweisung oder Ablehnung*. Im Kern ist darin immer die irrationale Idee enthalten, daß man durchgängig von allen Menschen, die einem wichtig sind, Liebe und Zuneigung bekommen muß, um ein wertvoller Mensch zu sein.

In der Hauptprämisse sind eine *willkürliche Forderung* und die *Selbstbewertungskomponente* enthalten, aufgrund derer soziale Zurückweisung zwangsläufig ein sehr hohes Risiko (eine Katastrophe) darstellen muß. Wird diese Ablehnung lediglich antizipiert, entstehen in der Regel *Angstgefühle* (ELLIS bezeichnet diese Angst als "ego-anxiety"); wenn das Individuum tatsächlich Ablehnung erfährt, überwiegen meist *Schamgefühle*.

Eine solche Bewertung führt dazu, daß eigene Meinungen und Bedürfnisse nicht geäußert werden, um auf jeden Fall Konflikte und damit auch die Gefahr persönlicher Zurückweisung zu vermeiden. Im Extremfall kann daraus ein totaler Rückzug

aus sozialen Interaktionen resultieren, obwohl man enge Beziehungen anstrebt. Gerade im Bereich von Kontaktverhalten kann eine übertriebene Bewertung persönlicher Zurückweisung starke Ängste und Hemmungen hervorrufen, auf jemanden zuzugehen und Sympathien auszudrücken, weil das Risiko einer Ablehnung grundsätzlich nicht auszuschalten ist.

Ein zweiter, für Selbstunsicherheit wesentlicher Bereich bezieht sich auf die *Bewertung persönlicher Fehler und Schwächen*. Diese Bewertung kondensiert sich meist auf die irrationale Idee, daß man sich selbst als durchgängig kompetent und erfolgreich beweisen muß oder wenigstens auf einem wichtigen Gebiet wahre Kompetenz oder wahres Talent haben muß, um ein wertvoller Mensch zu sein.

Die Hauptprämisse enthält die *willkürliche Forderung* nach absolutem Perfektionismus; die *Selbstbewertung* wird von durchgängiger oder herausragender Kompetenz abhängig gemacht.

Diese unangemessene Kompetenzbewertung baut starke Leistungs- oder Fehlschlagsängste auf, die bis zur gänzlichen Vermeidung von Situationen führen können, in denen Schwächen zutage kommen könnten. Man manövriert sich dadurch in die "Zwickmühle", entweder Fehler zu machen und darüber deprimiert zu sein, oder derartige Situationen zu vermeiden und sich anschließend Selbstvorwürfe zu machen, man habe nichts "Richtiges" geleistet (vgl. ELLIS & HARPER 1975; BECK 1976). Jede Kritik, die man durch andere erfährt, kann auf der Basis dieser Überzeugung zum Beweis für mangelnden Selbstwert werden.

Ein dritter Bereich betrifft die *Bewertung von unangenehmen, unbequemen Ereignissen*. Im wesentlichen steht die irrationale Überzeugung dahinter, daß man das Leben als schrecklich, entsetzlich oder unerträglich ansehen muß, wenn die Dinge nicht so laufen, wie man es gerne hätte.

Diese Kombination aus *willkürlichen Forderungen* ("Das Leben sollte fair und gerecht, leicht und angenehm sein") und *Katastrophierung* ist ein typisches Beispiel für *geringe*

Frustrationstoleranz, die in neueren Arbeiten zur RET zunehmend stärker als ein wichtiges Element psychischer Störungen gewichtet wird (ELLIS 1979b).

Dieses Bewertungsmuster und die daraus resultierende *geringe Frustrationstoleranz* führen im wesentlichen zu Ärger und Feindseligkeit gegenüber der Umwelt oder bestimmten Personen, was sich oft auch in aggressivem Verhalten äußert. Man fühlt sich angegriffen oder ausgenutzt, klagt die anderen an oder zieht sich verbittert zurück. Ist das aktivierende Ereignis mit eigenen Gefühlen - besonders Angstgefühlen - gleichzusetzen, kann daraus eine spezielle Form geringer Frustrationstoleranz entstehen, die als "discomfort anxiety" bezeichnet wird (ELLIS 1980, S. 331). Grundlage hierfür ist die willkürliche Forderung, daß man sich immer wohlfühlen müsse und daß unangenehme Gefühle wie Angst schrecklich und unerträglich seien.

Diese Beispiele zeigen, daß *Selbstunsicherheit* als ein Problem unangemessener Einstellungen betrachtet wird, in denen *selbstabwertende Inhalte* und *geringe Frustrationstoleranz* vorrangig sind. Derartige Einstellungen lassen soziale Situationen häufig als bedrohlich für die eigene Person erscheinen, was zu starken Ängsten und Vermeidungsverhalten führt und damit auch neue Erfahrungen verunmöglicht.

Selbstsicherheit wird dementsprechend als eine Frage *rationalen Denkens* verstanden, wodurch interpersonale Situationen in einer angemessenen, realitätsorientierten Weise bewertet werden, die ein erträgliches Maß an emotionaler Erregung auslöst und den Verhaltensspielraum des Individuums nicht unnötig einengt. (Rationale Bewertungen sind im wesentlichen durch die obengenannten Alternativen zu den drei Grundkomponenten irrationalen Denkens gekennzeichnet.)

Das entscheidende Element von *Selbstsicherheit* - wie auch allgemein von psychischer Gesundheit im RET-Modell - ist die *bedingungslose Selbstakzeptanz*. Unter dieser Prämisse würde z. B. persönliche Zurückweisung als unangenehm oder schmerzlich

bewertet, nicht aber als Zeichen persönlichen Unwerts. Dadurch verlieren soziale Situationen ihren bedrohlichen Charakter, was gleichzeitig den Verhaltensspielraum des Individuums bedeutsam erweitert, da jetzt auch Situationen aufgesucht werden können, für die keine unbedingte "Erfolgsgarantie" vorliegt.

Selbstsicherheit ist also dadurch gekennzeichnet, daß man sich als Person bedingungslos akzeptiert und nicht aufgrund von Ablehnung oder Mißerfolgen abwertet. Diese Sichtweise impliziert gleichzeitig, auch den anderen in seiner Existenz bedingungslos zu akzeptieren und nicht aufgrund unerwünschter Eigenschaften als schlechter oder weniger wert einzustufen.

Ein weiteres wichtiges Merkmal im rational-emotiven Verständnis von Selbstsicherheit besteht darin, daß die Abgrenzung zu Selbstunsicherheit nicht an der generellen An- oder Abwesenheit unangenehmer Gefühle festgemacht wird. Statt dessen sollten Intensität und Qualität unangenehmer (ebenso aber auch angenehmer) Gefühle in Relation zur empirisch nachweisbaren Wichtigkeit des Ereignisses stehen (vgl. WESSLER & WESSLER 1980, S. 50f).

Als Ziel von Selbstsicherheit wird also nicht angestrebt, sich in jeder Situation ganz souverän zu verhalten und auch auf unangenehme Ereignisse - wie z. B. persönliche Zurückweisung - "gefühlsneutral" zu reagieren. Ausschlaggebend ist, daß sich das Individuum *in problematische Situationen hineinbegibt* und seine Interessen zum Ausdruck bringt, nicht aber die Perfektionierung des beobachtbaren Verhaltens oder der Erfolg beim Interaktionspartner.

Eine Abgrenzung gegenüber sozial-rücksichtslosem, aggressivem Verhalten wird zumindest implizit im Konzept des *Langzeit-Hedonismus* gegeben: Die kurzfristige Befriedigung der eigenen Interessen und Bedürfnisse wird auf ihre langfristigen Konsequenzen für ein glückliches Leben hinterfragt, was in der

Regel auf prosoziales Verhalten hinausläuft, da das eigene Wohlbefinden nicht von den Belangen der sozialen Umgebung abzutrennen ist.

Die Behandlungsstrategie

Aus einem solchen Verständnis von Selbstunsicherheit und Selbstsicherheit resultiert eine Behandlungsstrategie der *kognitiven Umstrukturierung*: Unangemessene Bewertungen sollen abgebaut werden und angemessene, rationale Bewertungen sollen aufgebaut werden. Oberstes Therapieziel ist nach ELLIS (1980) eine *tiefgreifende, umfassende Einstellungsänderung*, durch die dem Klienten eine grundlegende Bewältigungsstrategie vermittelt wird, die ihn dazu befähigt, auch extrem unangenehme Realitäten akzeptieren zu können und dennoch emotional nicht völlig außer Fassung zu geraten. Praktische Problemlösung im Sinne einer Bewältigung von Umweltbedingungen hält er erst dann für angebracht, wenn sich die grundlegenden Bewertungsmuster geändert haben.

Wichtigstes therapeutisches Mittel ist der *rationale Disput*, durch den irrationale Bewertungen im Hinblick auf ihre empirische Belegbarkeit und logische Konsistenz in Frage gestellt werden. In seiner Idealform ist der rationale Disput sehr *didaktisch* aufgebaut, um dem Klienten transparente Kriterien zum Verständnis von rationalen versus irrationalen Bewertungen an die Hand zu geben. Als zusätzliches Hilfsmittel betont ELLIS den Einsatz von *Hausaufgaben*, in denen der Klient neue Bewertungen in der Realität ausprobieren und einüben soll (ELLIS 1979a, S. 43).

1.3.3 Zusammenfassung und Kritik

Das *Modell der inneren Bewertungsmechanismen* - dargestellt am Konzept der RET - hat entscheidend dazu beigetragen, die Bedeutung bestimmter Einstellungen für Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Selbstunsicherheit aufzuzeigen.

- *Selbstunsicherheit* wird als Folge unangemessener Bewertungen verstanden, in denen unangenehme Ereignisse aufgrund irrationaler Prämissen in übertriebener Weise als Katastrophe gesehen werden.
- *Selbstsicherheit* erscheint als Funktion rationalen Denkens, als dessen Hauptmerkmal bedingungslose Selbstakzeptanz angesehen wird.
- Konsequenz dieser Konzepte ist eine *Behandlungsstrategie* der rationalen, kognitiven Umstrukturierung, mittels derer neue, rationale Situationsbewertungen aufgebaut werden.

Daß die jeweilige Bewertung eines Ereignisses wesentlich darüber entscheidet, ob sich das Individuum selbstsicher oder selbstunsicher verhält, konnte von verschiedenen empirischen Untersuchungen nachgewiesen werden. Zum derzeitigen Forschungsstand kann es aber erst einmal nur als *plausibel* gelten, daß die Komponenten Katastrophierung, willkürliche Forderungen und Selbst- bzw. Fremdbewertung die relevanten Inhalte unangemessener Bewertungen darstellen.

Wünschenswert wäre weitere empirische Forschung, um noch spezifischer herauszuarbeiten, wie typische selbstunsichere Bewertungsmuster aussehen und worin die wesentlichen Unterschiede zu selbstsicheren Bewertungen bestehen (siehe hierzu auch ALDEN & SAFRAN 1978). Voraussetzung dafür ist u. a., daß die RET ihr Verständnis von Bewertung näher präzisiert und von anderen kognitiven Anteilen - speziell auch der Wahrnehmung - klarer abgrenzt (siehe den Versuch bei WESSLER & WESSLER).

Grenzen dieses Modells sind vermutlich da gegeben, wo tat-

sächlich größere Verhaltenslücken vorhanden sind. Zumindest stellt sich in solchen Fällen die Frage, ob Änderungen auf der Bewertungsebene ausreichen, um dem Individuum zu einem angemesseneren Umgang mit sozialen Situationen zu verhelfen.

1.4 Zusammenfassende Diskussion der praktischen Konsequenzen

Es wurden drei verschiedene Herangehensweisen an das SST dargestellt, die jeweils unterschiedliche Sichtweisen von selbstsicherem und selbstunsicherem Verhalten vertreten und dadurch zu unterschiedlichen Behandlungsstrategien kommen. Die Hauptfragestellung des folgenden Vergleichs bezieht sich auf den Nutzen der verschiedenen Konzeptualisierungen für die praktischen Erfordernisse des SST's, woraus sich die Wahl der Therapiemethoden in der vorliegenden Untersuchung ergibt.

Als unbefriedigend für die therapeutische Praxis muß das *Angst-Hemmungs-Modell* angesehen werden, weil es zum einen nur eine sehr unspezifische, globale Problemanalyse zuläßt und zum anderen auch keine klare Zielformulierung liefert.

Die *Problemdefinition* ist zwangsläufig global, weil die Schwierigkeiten des Klienten auf die einzige Analysekatgorie der Angst- bzw. Hemmungsreaktion reduziert werden. (Dem Klienten kann mit dieser Analysekatgorie nicht viel geholfen sein, da er Ängste und Hemmungen wahrscheinlich selbst schon als Teil seiner Schwierigkeiten ansieht.) Es fehlen objektivierbare Kriterien für Selbstunsicherheit, da eine rein intrapersonale Problemschau angewandt wird, in der die Schwierigkeiten des Klienten nicht mit äußeren Situationsbedingungen in Beziehung gesetzt werden.

Angst und Hemmung können eine zutreffende Beschreibung der emotionalen Folgen von Selbstunsicherheit sein, liefern aber

keinen Ansatzpunkt für eine funktionale Therapie, solange nicht ihr Bedingungsgefüge näher analysiert wird. Zudem muß berücksichtigt werden, daß Angst und Hemmung nicht allein bei Selbstunsicherheit auftreten; zumindest Angst wird allgemein als ein wesentlicher Aspekt fast aller neurotischen Störungen angesehen (DAVISON & NEALE 1979).

Demgegenüber sind die Vorteile des *Modells der sozialen Fertigkeiten* und des *Modells der inneren Bewertungsmechanismen* im Bereich der Problemdefinition darin zu sehen, daß sie beide detaillierter spezifizieren, was außer Angst und Hemmung noch Teil der Probleme von Selbstunsicherheit ist. Durch das Konzept der Verhaltensdefizite bzw. der unangemessenen Bewertungen werden differenzierte Aussagen zu Bedingungen von Selbstunsicherheit gemacht, an denen therapeutische Veränderungsmaßnahmen gezielt ansetzen können. Der Bezug zu den äußeren Situationsbedingungen liefert in beiden Modellen die Möglichkeit objektiver Kriterien, um die Unangemessenheit eines individuellen Verhaltens - sei es eine beobachtbare Reaktion oder eine Bewertung - zu identifizieren.

Auch das *Ziel* des SST's wird im *Angst-Hemmungs-Modell* zu unspezifisch angegangen, was im wesentlichen auf die Verhaltens-exzeßperspektive und auf das Bezugssystem des respondenten Konditionierens zurückzuführen ist:

Die Verhaltensexzeßperspektive formuliert lediglich ein negatives Ziel, indem sie ein Verhalten benennt, was abgebaut werden soll. Im respondenten Konditionierungsparadigma werden zudem die willkürlichen, zielgerichteten Verhaltensanteile gar nicht erst erfaßt, da von einer reflexhaften Verhaltenssteuerung ausgegangen wird, wodurch eine positive Zielformulierung überflüssig erscheint.

Die positiven Zielvorstellungen, die SALTER und WOLPE von Selbstsicherheit hatten, betonen - in relativ individualistischer Weise - den spontanen Gefühls- und Bedürfnis Ausdruck, ohne eine Abgrenzung zu rücksichtslosem Verhalten zu ziehen. Die Funktion selbstsicheren Verhaltens wird allein von den kurzfristigen Interessen des Individuums

her betrachtet und nicht im Zusammenhang mit der Gestaltung von Beziehungen gesehen, so daß die Ziele im Grunde sehr eingeengt sind.

Im Unterschied dazu werden sowohl im *Modell der sozialen Fertigkeiten* als auch im *Modell der inneren Bewertungsmechanismen* konkrete positive Ziele für das SST definiert: Das Modell der sozialen Fertigkeiten spezifiziert als Lernziel bestimmte Handlungskompetenzen; das kognitive Modell setzt als Therapieziel bestimmte realitätsangemessene Bewertungen.

Als Konsequenz daraus müssen auch die *Behandlungsstrategien* der beiden Modelle - Verhaltensaufbau bzw. kognitive Umstrukturierung - als nützlicher und vielversprechender eingeschätzt werden als die Strategie des Angst- und Hemmungsabbaus: Beide Modelle vermitteln konkrete Bewältigungsstrategien für zwischenmenschliche Probleme. Im Verhaltenstraining werden situationsspezifische Fertigkeiten trainiert, während das kognitive Training Strategien zur angemessenen Bewertung von Situationen vermittelt.

Aus dieser Einschätzung der praktischen Konsequenzen heraus sind Verhaltenstraining und kognitive Umstrukturierung als die zum derzeitigen Forschungs- und Erkenntnisstand effektivsten Möglichkeiten zur Behandlung von Selbstunsicherheit anzusehen, was das besondere Interesse der vorliegenden Untersuchung an diesen beiden Methoden begründet und gleichzeitig erklärt, warum dem Angst-Hemmungs-Modell zuzuordnende Methoden - wie systematische Desensibilisierung - unberücksichtigt bleiben.

2 DIE THERAPEUTISCHEN ELEMENTE VON VERHALTENS- TRAINING UND KOGNITIVER UMSTRUKTURIERUNG

Das nachfolgende Kapitel beschreibt die *wichtigsten Prinzipien und Interventionselemente* jeder Methode in der praktischen Anwendung bei Selbstunsicherheitsproblemen. Es soll verdeutlicht werden, daß die *individualisierte Umsetzung* der einzelnen Techniken eine entscheidende Voraussetzung für die effektive Durchführung beider Methoden ist. Darin begründet sich, warum in der vorliegenden Untersuchung so viel Wert auf Individualisierung der Trainingsprogramme gelegt wird.

Daran schließt sich eine *vergleichende Betrachtung* von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung an. Anhand der wichtigsten Unterschiede werden mögliche Vor- und Nachteile jeder Methode für die Therapie von Selbstunsicherheit herausgearbeitet. Ebenso wird auf Gemeinsamkeiten beider Vorgehensweisen eingegangen, die möglicherweise die in vielen empirischen Untersuchungen nicht nachweisbaren Effektivitätsunterschiede erklären können. Dieser Vergleich dient somit auch als eine Grundlage zur Interpretation der Ergebnisse in der vorliegenden Untersuchung.

2.1 Die Praxis des Verhaltenstrainings

Kennzeichnend für das Verhaltenstraining sind zwei therapeutische Prinzipien, die grundlegend Art und Weise der Durchführung der verschiedenen Techniken (s. u.) bestimmen: Die *Situationsspezifität* des Vorgehens und ein *schrittweiser gradueller Aufbau* der Übungen.

Das *situationsspezifische Vorgehen* besteht in der Hauptsache darin, daß die Probleme des Klienten immer an einzelnen konkreten Situationen festgemacht werden. Anhand solcher Situationen, die der Klient als typische Beispiele für einen bestimmten Problembereich angibt, werden spezifische Verhaltensdefizite herausgearbeitet und spezifische Lernziele definiert. Logischerweise muß dieses Vorgehen dann am effektivsten sein, wenn es ganz gezielt an den individuell relevan-

ten Problemsituationen ansetzt und nicht von außen Beispiele vorgibt.

Das Prinzip des *schrittweisen graduellen Aufbaus* beinhaltet, daß der Schwierigkeitsgrad der Übungen - d. h. die Art der zu bearbeitenden Problemsituationen und der zu trainierenden Verhaltensmuster - allmählich gesteigert wird. Ziel dabei ist es, den Klienten nicht zu überfordern (aber auch nicht zu unterfordern) und gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit von Erfolgserlebnissen, vor allem von positiven Umweltreaktionen, möglichst hoch zu gestalten (vgl. MacDONALD 1975).

Die Notwendigkeit des graduellen Vorgehens ergibt sich aus der Annahme, daß neues, angemessenes Verhalten sich nur dann gegenüber verfestigten unangemessenen Reaktionen "durchsetzen" kann, wenn das Individuum in seiner Umgebung positiv für das neue Verhalten verstärkt wird. Als Hausaufgaben sollte der Klient von daher auch nur solche Verhaltensmuster in seiner realen Umgebung ausprobieren, bei denen er in der Therapie schon einen hinlänglichen Fertigungsstand erreicht hat (s. u.).

Man geht von einer Hierarchie von Problemsituationen aus, die meist in informeller Form mit dem Klienten abgesprochen wird. Als wichtigste Parameter zur Bestimmung des Schwierigkeitsgrades werden in der Regel der *Grad der Angstbesetztheit* einer Situation und der *Komplexitätsgrad des erforderlichen Verhaltensmusters* angesehen (GOLDFRIED & DAVISON 1976; BELLACK & HERSEN 1978).

Zu Anfang eines Trainings wird üblicherweise an Situationen gearbeitet, bei denen der Klient relativ wenig Angst empfindet und glaubt, das zu trainierende Verhalten schon einigermaßen gut verwirklichen zu können. Innerhalb der therapeutischen Arbeit an einer einzelnen Problemsituation wird der Schwierigkeitsgrad dadurch allmählich gesteigert, daß die einzelnen Fertigkeiten eines komplexen Verhaltensmusters nach und nach eingeübt werden (z. B. zuerst nonverbale Fertigkeiten, dann verbale Fertigkeiten).

Auch das Prinzip des schrittweisen graduellen Vorgehens kann nur dann angemessen verwirklicht werden und seinen angestrebten Zweck erfüllen, wenn es sich am individuellen Fertigungsstand des einzelnen Klienten ausrichtet und nicht von einer Standardhierarchie ausgeht. Situations-

spezifität und gradueller Aufbau stellen also den allgemeinen Rahmen für die Durchführung eines Verhaltenstrainings dar. Neben Problemanalyse und Zieldefinition sind Verhaltensübung, Modellvorgabe, Instruktionsvorgabe, Rückmeldung und Hausaufgaben als die wichtigsten therapeutischen Elemente anzusehen (BELLACK & HERSEN 1978; TWENTYMAN & ZIMERING 1979). In der Praxis werden meist mehrere dieser Elemente miteinander kombiniert; dabei scheint je nach Problemlage des Klienten nicht immer der Einsatz aller Techniken erforderlich zu sein. So geht die folgende Darstellung - wenn möglich - auch auf empirische Hinweise darüber ein, unter welchen Bedingungen sich der Einsatz einer bestimmten Technik als hilfreich und günstig erwiesen hat.

2.1.1 Problemanalyse und Zieldefinition

Ausgangspunkt der Problemanalyse, die meist fließend in die Zieldefinition übergeht, ist ein bestimmtes Unwohlsein, das der Klient im zwischenmenschlichen Bereich erlebt, und für das er gebeten wird, eine konkrete *Beispielsituation* zu beschreiben (s. o.).

Um den interpersonalen Kontext des Problems zu erfassen, werden die wichtigsten *äußeren Bedingungen* dieser Situation *spezifiziert*, wie der örtlich-räumliche Rahmen, die Person des Interaktionspartners, zeitliche Bedingungen etc. . Auf dieser Basis kann dann näher präzisiert werden, worin das Unwohlsein des Klienten besteht, womit er bei seinem eigenen Verhalten nicht zufrieden ist.

Im nächsten Schritt gehen Problemanalyse und Zieldefinition praktisch ineinander über: Mit dem Klienten wird gemeinsam entwickelt, wie er sich eine für ihn *angemessene Problembewältigung* in der definierten Situation vorstellt, d. h. welches Verhalten er in Zukunft in der Situation verwirklichen

möchte. Im einzelnen wird dann präzisiert, welche spezifischen nonverbalen, paraverbalen und verbalen Fertigkeiten im Hinblick auf die Zielerreichung wichtig sind. Aufgrund dieses positiv spezifizierten Ziels erfolgt die Identifikation der relevanten Verhaltensdefizite, d. h. es wird gemeinsam mit dem Klienten herausgearbeitet, welche Aspekte des Zielverhaltens für ihn besonders schwer oder problematisch sind.

Die wichtigsten Anhaltspunkte in Problemanalyse und Zieldefinition sind die im vorigen Kapitel dargestellten *Komponenten selbstsicheren Verhaltens*. Von daher erscheint es angebracht, den Klienten so früh wie möglich in der Therapie die Bedeutsamkeit der einzelnen Verhaltenskomponenten zu erklären.

2.1.2 Verhaltensübung

In Anwendung bei Selbstunsicherheitsproblemen stellt Verhaltensübung die wichtigste Technik des Verhaltenstrainings dar. Mit ihr wird der *direkteste* Zugriff auf die Verhaltensänderung gemacht, indem der Klient das neue Verhalten *aktiv* durchführt, was McFALL (1976) für einen unverzichtbaren Bestandteil des Lernprozesses hält (vgl. auch HERSEN et al 1973; TWENTYMAN & ZIMERING 1979).

Der Begriff 'Verhaltensübung' wird hier der oft synonym verwandten Bezeichnung 'Rollenspiel' vorgezogen, da Verhaltensübung besser die therapeutische Funktion der Technik zum Ausdruck bringt. Zudem wird der Terminus 'Rollenspiel' oft auch in anderem Kontext benutzt, z. B. im Psychodrama, wo eine ganz andere Funktion angesprochen wird (vgl. hierzu GOLDFRIED & DAVISON 1976, S. 136f).

Der Kern der Verhaltensübung besteht darin, daß ein angestrebtes, kompetentes Verhaltensmuster in seinen einzelnen Komponenten durch wiederholte Übung *schrittweise ausgeformt* wird unter Simulation der relevanten Bedingungen einer

Alltagsproblemsituation. Diese Technik bietet also die Möglichkeit, neues Verhalten in einem therapeutischen Schonraum auszuprobieren, in dem keine gravierenden negativen Konsequenzen für den Klienten entstehen können, der aber gleichzeitig wichtige Teile von Alltagssituationen realistisch nachstellt (vgl. auch LANGE & JAKUBOWSKI 1976).

Der eigentlichen Übung sollte eine Phase der *Vorbereitung* vorangestellt werden, in der dem Klienten der Sinn der Übung transparent gemacht wird und Absprachen zur Gestaltung der Situationsbedingungen getroffen werden (GOLDFRIED & DAVISON 1976):

Deutlich gemacht werden muß, daß es sich bei der Übung nicht darum handelt, ein Verhalten lediglich als Rolle zu "spielen", sondern um eine gezielte Vorbereitung auf Alltagssituationen, die nur zu Anfang eine gewisse Künstlichkeit an sich hat. Zur besseren Simulation des Alltagskontextes werden die wichtigsten Situationsbedingungen hervorgehoben (und wenn möglich nachgestellt), besondere Charakteristika des Interaktionspartners und typische Merkmale des Handlungsablaufes besprochen (vgl. hierzu MacDONALD 1975).

Verhaltensübung wird typischerweise - im Sinne des graduellen Aufbaus - *in verschiedenen Sequenzen* durchgeführt, in denen sukzessive in den einzelnen Teilkompetenzen des angestrebten Verhaltensmusters die erforderliche Sicherheit aufgebaut wird. Ein komplexes Verhaltensmuster wird also - gemäß dem Fertigkeitsstand des Individuums - in einfacheren Teilschritten ausgeformt.

Jede Übungssequenz hat somit ein spezifisches *Erfolgskriterium*, das gleichzeitig als *Abbruchkriterium* gilt; d. h. die Sequenz gilt als beendet, wenn der Klient die geforderte Verhaltenskomponente angemessen verwirklicht hat. Die einzelne Sequenz sollte möglichst kurz gestaltet werden, um wiederholtes Üben mit Rückmeldung und Korrektur zu ermöglichen, so daß sich das neue Verhalten verfestigen kann.

Je mehr Sicherheit der Klient aus vorangegangenen Sequenzen erworben hat, um so mehr kann der Stichwortgeber, der den realen Interaktionspartner simuliert, den Schwierigkeitsgrad steigern und den Klienten zu mehr Flexibilität und Improvisation bringen, was eine sehr günstige Voraussetzung zur Generalisierung auf Alltagssituationen ist.

Ergebnis der Verhaltensübung sollte immer die *Abprache einer spezifischen Hausaufgabe* sein, um das bisher im Schonraum geübte Verhalten in Alltagssituationen auszuprobieren und zu verfestigen. Deshalb sollte schon bei der Wahl der Übungssituationen darauf geachtet werden, daß sie auch im Alltag vom Klienten aktiv initiiert werden können, daß ihr Zustandekommen also nicht von zufälligen Initiativen der Interaktionspartner abhängt.

Neben der hier beschriebenen therapeutischen Funktion hat Verhaltensübung auch diagnostische Möglichkeiten. Während der Übungssituation wird das Verhalten des Klienten der direkten Beobachtung zugänglich, so daß die vorherige Problemanalyse noch weiter präzisiert und korrigiert werden kann. Zusätzlich kann kontinuierlich der aktuelle Fertigungsstand des Klienten eingeschätzt werden, was besonders im Zusammenhang mit Hausaufgaben wichtig wird (s. u.).

In größerem Umfang bestätigen auch empirische Untersuchungen die Effektivität der Verhaltensübungstechnik in der Behandlung von Selbstunsicherheitsproblemen (McFALL & MARSTON 1970; McFALL & TWENTYMAN 1973; MELNICK & STOCKER 1977; KAZDIN 1980). Weniger einheitlich sind die Daten zur Effizienz der Verhaltensübung als alleiniger Technik; hier scheint - besonders bei psychiatrischen Patienten - die Kombination mit anderen, instruktiven Techniken wie Modellvorgabe und mündliche Instruktionen (coaching) wichtig zu sein (McFALL & TWENTYMAN 1973; HERSEN et al 1973; RIMM et al 1976; HERSEN et al 1979).

2.1.3 Modellvorgabe

Modellvorgabe wird als Ergänzung, meist im Sinne einer Vorbereitung zur Verhaltensübung eingesetzt, indem das angestrebte *Verhaltensmuster* anschaulich (durch den Therapeuten oder einen Mit-Klienten) *demonstriert* wird. Der Nutzen dieser Technik liegt in erster Linie darin, daß sie viel Information über die *komplexe Koordination* verschiedener Einzel Fertigkeiten vermitteln kann, z. B. über Kongruenz von non-verbalem und verbalem Ausdruck (vgl. McFALL 1976).

Der Sinn einer Modellvorgabe sollte dem Klienten vorab kurz erklärt werden als eine Anregung, wie das als Lernziel definierte Verhaltensmuster umgesetzt werden kann. Durch eine derartige Einführung soll im wesentlichen verhindert werden, daß der Klient das Modell als eine vorgefertigte Schablone auffaßt, an die er sich anpassen muß, in die er seine eigenen Ideen nicht einbringen kann.

Die Vorgabe eines Modells ist notwendig, wenn dem Klienten nach Zielabsprache und verbalen Instruktionen (siehe nächster Abschnitt) nicht klar ist, wie er sich konkret verhalten soll. Dieser Fall tritt häufig dann ein, wenn der Klient ein für ihn vollkommen ungewohntes Verhalten durchführen soll, oder wenn das angestrebte Verhalten rein sprachlich nur schwer zu erklären ist. Zudem kann der Einsatz eines Modells besonders hilfreich sein, wenn sehr große Verhaltensdefizite vorliegen (vgl. auch GOLDFRIED & DAVISON 1976; BEL-LACK & HERSEN 1977).

Grundsätzlich ist bei der Modellvorgabe zu beachten, daß sie keine zu große Diskrepanz zum aktuellen Fertigungsstand des Klienten aufbaut, um nicht ungewollt einen entmutigenden Effekt zu produzieren. Es soll eine für den Klienten realistische Verhaltensmöglichkeit, aber keine "perfekte Lösung" demonstriert werden. Hierzu gehört auch, daß die modellgebende Person für den Klienten gewisse Ähnlichkeiten zur eigenen Person aufweisen sollte (vgl. auch TWENTYMAN & ZIMER-ING 1979).

Empirische Untersuchungen geben zahlreiche Belege für die Wirksamkeit von Modellvorgabe im Aufbau sozialer Fertigkeiten, vor allem auch bei psychiatrischen und intellektuell niedriger stehenden Patienten. Auch hier sind die Daten zu den Netto-Effekten der Modellvorgabe nicht eindeutig. Vieles weist darauf hin, daß sie gerade bei einem sozial weniger geschickten Klientel besonders effektiv in Kombination mit Verhaltensübung ist, während sie bei Klienten mit geringeren Verhaltensdefiziten und höherem intellektuell-sprachlichem Niveau weniger zur Effektivitätssteigerung beiträgt. (Siehe hierzu bei freiwilligen Probanden und College-Studenten: McFALL & TWENTYMAN 1973; ROSENTHAL & REESE 1976; KAZDIN 1976; bei psychiatrischen Patienten: HERSEN et al 1973; EISLER et al 1973; LONGIN & ROONEY 1975; EDELSTEIN & EISLER 1976; KAZDIN 1979.)

2.1.4 Instruktionsvorgabe

Mündliche Instruktionen haben - ebenso wie Modellvorgabe - in erster Linie vorbereitende und unterstützende Funktion für die Verhaltensübung. Im Prinzip sollen beide Techniken dem Klienten Informationen darüber geben, wie er sich angemessen verhalten kann. Während Modellvorgabe aber nur die sichtbaren Anteile der Verhaltenskoordination vermitteln kann, können verbale Instruktionen auch über zugrundeliegende, *nicht direkt beobachtbare Regeln oder Prinzipien* eines kompetenten Verhaltensmusters informieren (McFALL 1976).

Daneben besteht eine zweite, wesentliche Funktion von Instruktionen darin, das spezifische Ziel einer Übungssequenz - die durchzuführenden Einzelfertigkeiten - präzise zu benennen. In der Instruktion soll ein klares *Erfolgs- und Abbruchkriterium* festgelegt werden, anhand dessen sich der Klient während der Übung beobachten und anschließend einschätzen soll. Die klare Definition des Erfolgskriteriums stellt somit eine entscheidende Voraussetzung für die Effektivität der nachfolgenden Rückmeldephase und damit auch für die Produktivität der Übung insgesamt dar.

Von daher sollte ein Übungsdurchgang auch sofort unterbrochen werden, sobald Klient oder Mitspieler in entscheidenden Punkten von den vorherigen Absprachen abweichen. Durch erneute Instruktion sollten die Erfolgskriterien noch einmal verbindlich formuliert werden (LANGE & JAKUBOWSKI 1976; BELLACK & HERSEN 1977; TWENTYMAN & ZIMERING 1979).

Mündliche Instruktionen haben gegenüber Verhaltensmodellen den Vorteil, daß sie weniger zeitaufwendig sind, die entscheidenden Verhaltensaspekte besser pointieren können und die Gefahr eines bloßen Imitierens ausschalten. WENDLANDT (1977) führt als weiteren Vorteil von Instruktionen ihre vielfältigen Einsatzmöglichkeiten auf: Als Einführung in die Verhaltensübung, als spezielle Vorgabe des Verhaltensziels, als Strukturierung der Sequenzen eines Handlungsablaufs, als Anregung zu weiteren Aktivitäten während einer

Übung und als Mittel zum Unterbinden von Flucht- und Vermeidungsverhalten während einer Übung.

Die Effektivität der Instruktionsvorgabe wird von empirischen Studien an Analogpopulationen und psychiatrischen Patienten bestätigt, vor allem in Kombination mit Verhaltensübung (McFALL & TWENTYMAN 1973; McFALL & LILLESAND 1971; HERSEN et al 1973; EDELSTEIN & EISLER 1976). Die Daten zur relativen Effizienz der Technik sind nicht einheitlich; auch hier spielt möglicherweise wieder das Ausmaß der vorliegenden Kompetenzdefizite eine Rolle, zum Teil auch die Art des Zielverhaltens (HERSEN et al 1973).

2.1.5 Rückmeldung

Die Funktion der Rückmeldung besteht in einer *differentiellen Auswertung der Verhaltensübung*: Es sollen Informationen über den erreichten Fertigungsstand und die noch zu verbessernden Verhaltensanteile gegeben werden, was wiederum zu neuen Übungssequenzen anleitet. Bei diesem Vergleich von Ist- und Soll-Zustand des Verhaltens sollte vor allem die *Annäherung an das Ziel* - also auch kleinere Fortschritte - hervorgehoben werden (LANGE & JAKUBOWSKI 1976; WENDLANDT 1977).

Als notwendige Voraussetzung für eine konstruktive Rückmeldung wurden im vorigen Abschnitt schon *klare Erfolgskriterien* genannt. Therapeut, Klient und etwaige andere Beobachter können nur dann eine präzise, auf die Zielsetzung des Klienten bezogene Rückmeldung geben, wenn vorher eindeutige Beobachtungskriterien festgelegt worden sind (BRAUN & TITTELBACH 1978). Eng damit zusammen hängt, daß Rückmeldung in dem Maße konstruktiv wird, in dem sie auf konkretes Verhalten Bezug nimmt (LIEBERMAN 1977). Dabei sollten nicht-gelungene Verhaltensanteile als konkrete Verbesserungsvorschläge formuliert werden.

Einige Autoren grenzen Rückmeldung noch speziell von Verstärkung ab (TWENTYMAN & ZIMERING 1979; BELLACK & HERSEN 1977). In

Rückmeldung sehen sie hauptsächlich informative Aspekte, während Verstärkung mehr die motivationale Seite betone. In der Praxis der Rückmeldung gehen aber Informationsvermittlung und Motivierung Hand in Hand - z. B. indem auch kleine Annäherungen an das Zielverhalten betont werden, so daß es unnötig scheint, Verstärkung als separate Technik zu behandeln.

Die Effekte der Rückmeldung können noch erweitert werden, wenn sie nicht allein vom Therapeuten gegeben wird, sondern wenn auch der Klient selbst sein Verhalten einschätzt. Dadurch wird er zu gezielter Selbstbeobachtung und auch zu mehr Selbstverantwortung angeleitet. RICH & SCHROEDER (1976) sehen darin eine wichtige Voraussetzung dafür, daß der Klient sein Verhalten auch im Alltag schnell auf wechselnde Situationsanforderungen hin korrigieren kann.

Die Effektivität in Kombination mit anderen Techniken, meist Verhaltensübung, wird von verschiedenen empirischen Studien bestätigt (McFALL & MARSTON 1970; RIMM et al 1976; BELLACK, HERSEN & TURNER 1976), wobei die Daten zum Netto-Effekt der Rückmeldung nicht konsistent sind (MELNICK & STOCKER 1977).

2.1.6 Hausaufgaben

Hausaufgaben werden von vielen Autoren als das wichtigste Mittel angesehen, um einen Transfer der Trainingseffekte auf Alltagssituationen zu erreichen und um die Generalisierung der Effekte auf verschiedene Situationsbedingungen zu fördern (LANGE & JAKUBOWSKI 1976; WENDLANDT 1977; TWENTY-MAN & ZIMERING 1979). Hausaufgaben haben also als organische Fortführung der Verhaltensübung die Funktion, den Klienten möglichst gezielt dazu anzuleiten, das in der Therapie geübte Verhalten im Alltag einzusetzen.

Ein verantwortungsbewußtes Festlegen von Hausaufgaben setzt entscheidend voraus, daß Therapeut und Klient den gegenwärtigen Fertigungsstand richtig einschätzen können (BELLACK & HERSEN 1978). Nach den theoretischen Annahmen des Verhal-

tensaufbaumodells basiert der Wert von Hausaufgaben ja in erster Linie darauf, daß der Klient für das neue angemessene Verhalten von seiner Umwelt positiv verstärkt wird.

Zu Anfang des Trainings sollten die Hausaufgaben von daher so gestellt werden, daß die Erfolgswahrscheinlichkeit möglichst hoch ist. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn die aufzusuchende Situation nur wenig angstbesetzt ist, oder auch wenn der Klient das zu übende Verhalten in anderen Situationen schon erfolgreich verwirklichen konnte. MacDONALD (1975) gibt noch die sehr nützliche Empfehlung, dem Klienten mehrere gleichartige Aufgaben bis zur nächsten Sitzung zu stellen, um den Erfolg nicht von einer einzigen Situation abhängig zu machen.

Die Effektivität einer Hausaufgabe hängt zudem sehr wesentlich davon ab, wie konkret und spezifisch sie formuliert ist, damit der Klient ein klares Erfolgskriterium an die Hand bekommt, anhand dessen er seine Erfahrungen mit neuem Verhalten im Alltag auswerten kann. Damit soll - zumindest von der Theorie her - auch verhindert werden, daß der Klient sich bei der in-vivo-Übung überfordert. Dies kann allerdings nicht gänzlich ausgeschaltet werden, da der Klient auch spontan in der Alltagssituation seine Ziele entgegen den Absprachen hochschrauben kann.

Obwohl Hausaufgaben diesen hohen Stellenwert im Verhaltenstraining haben, existieren erstaunlich wenige gezielte empirische Untersuchungen über ihre Wirksamkeit (RATHUS 1972; TWENTYMAN & McFALL 1975). Dieser Mangel an empirischen Ergebnissen mag zu einem großen Teil daran liegen, daß viele Studien deutlichen Analogcharakter haben und oftmals nur sehr wenig therapeutisch-praktischen Aufwand betreiben.

Neben der hier beschriebenen Form von Hausaufgaben werden häufig auch Beobachtungsaufgaben gegeben, in denen der Klient in der Regel ein Protokoll über die für ihn wichtigen Bedingungen einer problematischen Situation und über sein eigenes Verhalten erstellt. Dadurch kann zum einen die Diskriminationsfähigkeit für relevante Situationsbedingungen erhöht werden als auch zum anderen aktuelles Material für die Auswahl von Trainingssituationen verschafft werden.

Für eine kritische Gesamteinschätzung des Verhaltenstrai-

nings und seiner therapeutischen Möglichkeiten im SST wird auf Abschn. 2.3 verwiesen.

2.2 Die Praxis der RET als Methode der kognitiven Umstrukturierung

In vieler Hinsicht ist das praktische Vorgehen der RET ähnlich situationsspezifisch ausgerichtet wie das Verhaltenstraining. In späteren Phasen der therapeutischen Arbeit zielt die RET jedoch zunehmend stärker auf eine *grundlegende, situationsübergreifende Einstellungsänderung* ab, was ELLIS (1977a) als übergeordnetes Therapieziel der *Veränderung der Lebensphilosophie* bezeichnet.

Die Problemanalyse wird ebenso situationsspezifisch wie im Verhaltenstraining durchgeführt: An einer konkreten Beispielsituation wird erarbeitet, worin sich das Unwohlsein des Klienten auf Gefühls- und Verhaltensebene ausdrückt und welche Art der Bewertung diesen Reaktionen zugrundeliegt. Diese spezifische, auf die konkrete Situation bezogene Bewertung ist dann Ansatzpunkt für die therapeutischen Veränderungsmaßnahmen des Disputierens.

Insgesamt kommt einer *differenzierten Problemanalyse* ein sehr hoher Stellenwert in der praktischen Anwendung der RET zu, da die genaue Identifikation der individuellen A-B-C s - d. h. insbesondere die Analyse der unangemessenen Bewertungen - den Grundstock für ein effektives Disputieren setzt. Deshalb nimmt die diagnostische Phase in der RET einen deutlich größeren Zeitraum ein als im Verhaltenstraining.

Weniger Gewicht wird auf eine differenzierte *Zieldefinition* gelegt, deren allgemeiner Rahmen durch die Prinzipien rationalen Denkens vorgegeben ist. Die spezifische Zielformulierung für eine konkrete Problemsituation wird erst während des Disputierens entwickelt und fortlaufend näher präzisiert.

Anders als beim Verhaltenstraining steht als Ziel die *Lösung der emotionalen Probleme* im Vordergrund, nicht die Lösung des praktischen Problems auf der Verhaltensebene.

Ein gradueller Aufbau der Therapie nach steigendem Schwierigkeitsgrad wird nicht als ein zentrales Gestaltungsprinzip erwähnt. Allerdings geht auch die RET davon aus, daß es für den Fortgang der Therapie von Bedeutung ist, daß der Klient möglichst früh positive Erfahrungen mit einer rationalen Umstrukturierung seiner unangemessenen Bewertungen macht. Von daher erscheint es angebracht, zu Beginn der Therapie an leichteren Situationen zu arbeiten, bei denen unangemessene Bewertungen weniger stark verfestigt sind.

Wie die folgende Darstellung der therapeutischen Elemente noch näher zeigen wird, ist eine individuelle Ausrichtung der Therapie auf den Klienten eine grundlegende Voraussetzung für eine effektive RET: Eine unangemessene Bewertung kann nur in der persönlichen Sprache des Klienten präzise und therapeutisch sinnvoll erfaßt werden; von außen vorgegebene irrationale Bewertungen rufen lediglich "Widerstand" hervor. Logischerweise wird auch das Disputieren erst dann effektiv, wenn man mit dem Klienten individuell herausarbeitet, worin das Unangemessene seiner Bewertungen besteht, und wie eine angemessenere Bewertung aussehen kann, anstatt rationale Alternativen einfach vorzugeben.

2.2.1 Problemanalyse und Zielbestimmung

In der RET setzt die Problemanalyse immer bei den Gefühlen und Verhaltensweisen des Klienten an, nicht bei den äußeren Bedingungen der Situation oder bei unangenehmen Reaktionen der Umwelt (vgl. WALEN et al 1980, S. 52). Darüber hinaus existiert jedoch keine feste Regel zur Vorgehensweise in der Problemanalyse.

Eine sinnvolle *Möglichkeit des formalen Ablaufs* besteht nach WESSLER & WESSLER (1980, S. 85) darin, daß nach einer kurzen Schilderung des Problems als erstes das C präzisiert wird, also die Qualität des belastenden Gefühls und die damit verbundenen Verhaltensweisen. Im nächsten Schritt wird das A genauer bestimmt, das für den Klienten besonders relevante, aktivierende Ereignis, bei dem dieses Unwohlsein auftritt. Aus diesen beiden Informationsquellen wird dann - als zentraler Teil der Problemanalyse - gemeinsam mit dem Klienten das B herausgearbeitet, d. h. genauer: Aus welchen Komponenten sich die unangemessene Bewertung des Klienten zusammensetzt.

Auf dem Hintergrund dieser allgemeinen Diagnosestrategie wird im folgenden noch auf einige *spezielle Aspekte* eingegangen, die bei der Analyse von C, A und B jeweils besonders zu beachten sind.

Das Kernstück bei der *Bestimmung von C* besteht darin, *Qualität und Intensität des Gefühls*, das der Klient in der zu bearbeitenden Problemsituation erlebt, angemessen zu erfassen und auch *präzise sprachlich benennen* zu können. Damit einhergehend muß geklärt werden, ob dieses Gefühl tatsächlich situationsunangemessen ist, oder aber eine durchaus angemessene, wenn auch unangenehme, emotionale Reaktion auf die Situation darstellt. So wäre intensive Trauer nach dem Tod einer engen Bezugsperson sicherlich ein *unangenehmes*, aber keineswegs ein *unangemessenes* Gefühl, dessen Erleben man dem Klienten "wegnehmen" sollte.

Da viele Klienten ihre Gefühle auf Anhieb nicht richtig benennen, z. B. das Gefühl von Scham als Angst bezeichnen, sollte man sich genau beschreiben lassen, was der Klient unter einem bestimmten Gefühlsbegriff versteht. Rückschlüsse auf die spezielle Gefühlsqualität lassen sich oft auch aus dem Verhalten des Individuums in der Situation ziehen, z. B. ist Vermeidung meist ein Hinweis auf zugrundeliegende Angstgefühle.

Ein Hilfsmittel zur Erfassung der Intensität des Gefühls kann der Grad der erlebten physiologischen Anspannung sein, den man sich etwa auf einer Skala von 1 bis 10 anzeigen lassen kann.

Eine differenzierte Einschätzung unterschiedlicher Intensitäten eines Gefühls ist schon eine wichtige Bedingung für ein späteres effektives Disputieren, dessen Ziel ja nicht darin besteht, eine Bewertung so zu verändern, daß unangenehme Situationen gänzlich ohne emotionale Regung erlebt werden.

Schließlich muß konsequent eine saubere Trennung zwischen dem reinen Gefühlsanteil und Ansätzen von Bewertung, die häufig in der Gefühlsbeschreibung schon enthalten sind, beachtet werden. Das genaue Unterscheiden zwischen Gefühl und Bewertung sollte insofern immer wieder betont werden, als nachher nur die Gedanken, nicht aber die Gefühle disputiert werden können (WALEN et al 1980, S. 56f).

Entscheidend für eine adäquate *Bestimmung von A* ist es, die *subjektive Wahrnehmung, Beschreibung und Interpretation* des Klienten über das aktivierende Ereignis zu erfassen (WALEN et al 1980, S. 41). Eine detaillierte Analyse der objektiven äußeren Situationsaspekte wird in der RET deshalb für unnötig gehalten, da die Therapie nicht die Situation an sich verändern soll, sondern nur die Bewertung der Situation.

In erster Linie muß das kritische Element bzw. der spezifische negative Aspekt erfaßt werden, den die Situation für den Klienten aufweist. Am Beispiel von "Angst in Gruppen" zeigen WESSLER & WESSLER (1980, S. 87) auf, daß das kritische Element beim aktivierenden Ereignis 'Gruppe' z. B. in der Vorstellung, etwas Dummes zu sagen, bestehen kann.

Ein häufiger Spezialfall von *A* liegt vor, wenn ein eigenes Gefühl oder Verhalten zum aktivierenden Ereignis wird. Dieser Fall wird als sekundäres A-B-C bezeichnet, Beispiel hierfür ist die "discomfort-anxiety" (siehe Kap. 1; vgl. auch WESSLER & WESSLER 1980). Meist wird das sekundäre A-B-C dann zuerst behandelt, damit der Klient anschließend ohne Symptomstress an dem primären A-B-C arbeiten kann.

Die *Bestimmung von B* besteht dann in der Hauptsache darin, daß zusammen mit dem Klienten herausgearbeitet wird, welche persönliche Bedeutung diese Situation für ihn hat, d. h. welche Komponenten irrationaler Bewertungen in welcher Kombination wirksam sind. Hinweise auf den Inhalt der Bewertung ergeben sich meist schon aufgrund der spezifischen Kombination von *A* und *C*; derartige Hypothesen müssen durch offene Fragen überprüft werden, um dem Klienten nicht die eigenen Schlußfolgerungen aufzuoktroieren.

Am wichtigsten für die adäquate Erfassung von B ist eine klare Unterscheidung zwischen deskriptiven und bewertenden Aussagen (s. o.), weil nicht Wahrnehmungen und Schlußfolgerungen über A, sondern nur die Bewertungen von A (in bezug auf die eigene Person) disputiert werden sollen. Durchgängig sollte deshalb besonders auf die Selbstbewertungskomponente geachtet werden.

Ebenso wichtig bei der Exploration von B ist die strikte Trennung zwischen Gedanken und Gefühlen, auf die auch schon bei der Bestimmung von C hingewiesen wurde. So antworten viele Klienten auf die Frage nach der Bedeutung des Ereignisses für ihre Person mit einer Beschreibung ihrer Gefühle. Hier muß der Unterschied zwischen Bewertung und Gefühl erneut transparent gemacht werden.

Grundlegend ist bei der Identifikation von B zu beachten, daß man dem Klienten dazu verhelfen sollte - vor allem mittels offener Fragen - selber erkennen zu können, wie er die Situation bewertet, und daß man diese Bewertungen im persönlichen Sprachgebrauch des Klienten zu formulieren versucht.

Die *Zielbestimmung* wird in der RET, wie schon erwähnt wurde, relativ kurz gehalten. Im wesentlichen enthält die Zielabklärung die Frage, wie der Klient sich in Zukunft in der gegebenen Situation fühlen und verhalten möchte. Voraussetzung dafür ist, daß der Klient das Gefühl, das unter C beschrieben wurde, nicht für die im Prinzip einzig mögliche, unvermeidbare Reaktion hält, d. h. daß er sein Gefühl tatsächlich verändern will. Wenn die entsprechende Änderungsmotivation beim Klienten vorhanden ist, bleibt nur noch darauf zu achten, daß das angestrebte Ziel realistisch ist; ansonsten wird in der Regel nach der Identifikation des A-B-Cs sehr schnell zur Disputation übergegangen.

2.2.2 Prinzipien und Techniken des Disputierens

Das Prinzip des Disputierens als Mittel zur kognitiven Umstrukturierung von Bewertungen besteht im Kern darin, daß man den Klienten durch offene Fragen dazu anleitet, seine Bewertung von A empirisch und logisch in Frage zu stellen, indem er nach *Beweisen* für seine Bewertung suchen muß und

sie bei fehlenden Beweisen aufgibt (WESSLER & WESSLER 1980, S. 111f; ELLIS 1979a, S. 44).

Disputieren kann auf *kognitiver*, *imaginativer* und/oder *behavioraler* Ebene durchgeführt werden; jeder Ebene sind andere Techniken zuzuordnen, die aber alle letztlich immer auf dasselbe Ziel der grundlegenden Einstellungsänderung ausgerichtet sind (WALEN et al 1980; WESSLER & WESSLER 1980; ELLIS 1980). In der Praxis der RET werden vorrangig kognitive Disputationsmittel eingesetzt, wie auch in dem Trainingsprogramm der vorliegenden Untersuchung, so daß ihre Darstellung im folgenden den größten Raum einnimmt, während die imaginativen und behavioralen Techniken etwas kürzer behandelt werden.

ELLIS differenziert drei Aspekte des kognitiven Disputierens: *Debattieren*, *Diskriminieren* und *Definieren* (1977b, S. 20ff). Am wichtigsten ist das *Debattieren*, in dem der Klient unter Anleitung des Therapeuten eine interne Debatte zwischen seinen irrationalen und seinen rationalen Gedanken führt. Dabei kommt es wesentlich darauf an, den Klienten in die aktive Rolle der Beweisfindung für seine irrationalen Bewertungen zu bringen, um ihn selbständig erkennen zu lassen, daß er sie nicht empirisch belegen kann. *Diskriminieren* und *Definieren* sind im Prinzip nur noch Nebenprodukte des Debattierens: Der Klient soll bewußt zwischen rationalen und irrationalen Bewertungen diskriminieren und Ereignisse semantisch adäquat definieren.

Zu betonen ist, was noch einmal die Notwendigkeit eines individualisierten Vorgehens unterstreicht, daß Disputieren nicht darin besteht, den Klienten mit vorgefertigten rationalen Sätzen zu indoktrinieren (ELLIS 1980), sondern daß *Fragen* das vorherrschende Mittel darstellen. Die Art der Fragen unterteilen WALEN et al (1980, S. 97ff) anhand ihrer spezifischen Intentionen in drei verschiedene Gruppen:

Die erste Gruppe enthält Fragen nach *empirischen Beweisen* und der *logischen Konsistenz* des Denkens. "Klassisch" ist die "warum"-Frage bzw. die Frage nach empirischen Belegen für eine Bewertung von A .

Die zweite Gruppe von Fragen betrifft eine *realistische Neubewertung antizipierter Konsequenzen*: z. B. wird im Falle

des Katastrophierens oft danach gefragt, ob die erwartete Konsequenz tatsächlich so schrecklich sein wird. Mit diesen Fragen werden im wesentlichen auf induktive Weise Möglichkeiten der Bewältigung unangenehmer Ereignisse erfragt (WESSLER & WESSLER 1980, S. 116).

Schließlich zielt die dritte Gruppe von Fragen darauf ab, daß der Klient sich *über den hedonistischen Wert einer rationalen* im Unterschied zu einer irrationalen *Bewertung klar wird*. Hier soll der Klient die unterschiedlichen emotionalen Konsequenzen durchdenken.

Zur besseren Veranschaulichung wird im folgenden die konkrete Anwendung der kognitiven Disputationstechniken auf die drei Komponenten irrationaler Bewertungen dargestellt. (Hauptsächliche Literaturgrundlage sind die Ausführungen von WESSLER & WESSLER (1980, S. 114ff) und von ELLIS & HARPER (1975).)

Obwohl die Katastrophierungskomponente in fast jeder irrationalen Bewertung enthalten ist, ist es meist naheliegender und auch konsequenter, zuerst die Prämissen einer Bewertung in Gestalt von willkürlichen Forderungen und Selbst- oder Fremdbewertung zu disputieren. Lediglich im Falle der "discomfort-anxiety" sollte zuerst das Katastrophieren disputiert werden, um dem Klienten zu zeigen, daß er auch unangenehme Gefühle ertragen kann und sich auch trotz Angst in einer Situation noch verhalten kann.

Die *Disputation der Katastrophierungskomponente* kann im wesentlichen nach zwei Strategien erfolgen:

In der eleganteren, deduktiven Strategie wird mit dem Klienten hinterfragt, inwieweit er mit dem Begriff "katastrophal" das falsche Etikett für seine Problemsituation wählt. Anhand des speziellen aktivierenden Ereignisses wird die Semantik von "katastrophal" diskutiert, um den feinen Unterschied zwischen "sehr schlimm" und "100-prozentig schlimm" (das "Schlimmste") herauszuarbeiten.

Im Unterschied dazu fragt die induktive Strategie nach möglichem Bewältigungsverhalten für die antizipierten Katastrophen, damit der Klient angesichts seiner realen Verhaltensmöglichkeiten erkennen kann, daß er die Situation legitimerweise nicht als Katastrophe etikettieren kann.

Vorwiegend deduktiv ist die *Disputation willkürlicher Forderungen* ausgerichtet:

Es wird nach empirischen Belegen für die gesetzartig formulierten Forderungen gefragt und der semantische Unterschied zwischen Wünschen und absolutistischen Imperativen herausgearbeitet. Unterstützt wird diese Strategie durch Fragen nach den unterschiedlichen Gefühlskonsequenzen von "muß"- versus "möchte"-Denken. Sind derartige Forderungen mit Selbst- (oder Fremd-)bewertung gekoppelt, was häufig der Fall ist, wird zuerst diese Komponente angegangen.

Die *Disputation der Selbst- bzw. Fremdbewertung* ist sicherlich der am schwierigsten zu verändernde Inhalt, da die Idee des menschlichen Wertes eine der tiefsitzendsten Prämissen irrationalen Denkens ist:

Eine Möglichkeit besteht darin, dem Klienten die Willkürlichkeit seiner Bewertungskriterien aufzuzeigen, indem man z. B. hinterfragt, ob generell jeder Mensch aufgrund des gegebenen Kriteriums (meist Wertschätzung der anderen oder perfekte Leistungen) als wertvoll bzw. wertlos gelten kann. Die zweite Möglichkeit zielt darauf ab, die grundsätzlich in jeder Bewertung der gesamten Person enthaltene Übergeneralisierung herauszuarbeiten. Durch entsprechende Fragen und persönliche Beispiele wird verdeutlicht, daß sich an jeder Person immer gleichzeitig positive und negative Eigenschaften (Leistungen etc.) finden lassen, und daß diese Komplexität kein überall passendes Gesamturteil zulassen kann. Als unterstützende didaktische Maßnahme werden hier häufig Beispiele und Analogien eingesetzt, die die Übergeneralisierung von einem Merkmal einer Sache auf die Sache an sich aufzeigen und den Unterschied zwischen begrifflichem Label und Faktum verdeutlichen.

Imaginale Disputationstechniken werden vergleichsweise seltener als die kognitiven und Verhaltenstechniken eingesetzt. Eine der bekanntesten imaginalen Techniken ist das "*rational-emotive imagery*" (WESSLER & WESSLER 1980, S. 133).

Der Kern dieser Imaginationsübung besteht darin, daß der Klient sich eine belastende Situation plastisch vorstellt und dabei auch unangenehme Gefühle realistisch und intensiv nacherlebt. Diese starken, unangenehmen Gefühle soll er dann in einen weniger unangenehmen, erträglicheren Affektzustand verwandeln (z. B. depressive Gefühle in Enttäuschung). Anschließend wird herausgearbeitet, durch welchen inneren Dialog der Klient den sehr unangenehmen in einen erträglicheren Gefühlszustand verwandeln konnte.

Die wichtigste Ergänzung zu den kognitiven Techniken stel-

len die *behavioralen Disputationstechniken* dar, deren Ziel primär darin besteht, dem Klienten zu Erfahrungen im Alltag zu verhelfen, die - als gezielte Fortsetzung der kognitiven Disputation - seine unangemessenen Bewertungen in Frage stellen. Einige Beispiele dieser Techniken, die ebenso wie die kognitiven Techniken in erster Linie Bewertungen (und erst nachgestellt auch Verhalten) verändern wollen, werden im folgenden unter dem Stichwort 'Hausaufgaben' dargestellt.

2.2.3 Hausaufgaben in der RET

Hausaufgaben, durch die der Klient neue, angemessenere Bewertungen in Alltagssituationen *erproben* kann oder unangemessene Bewertungen *überprüfen* kann, sind ein wesentlicher integraler Bestandteil der RET. ELLIS (1979a) definiert als Funktion von Hausaufgaben, daß sie dem Klienten helfen,

"Risiken einzugehen, neue Erfahrungen zu gewinnen, seine dysfunktionalen Verhaltensmuster zu durchbrechen und seine Wertsysteme bestimmten Aktivitäten gegenüber zu ändern" (ebd., S. 43).

Aufgabenstellungen, die auf eine *Erprobung und Verfestigung rationaler Alternativsätze* abzielen, sehen in der Regel so aus, daß (ähnlich wie im Verhaltenstraining) mit dem Klienten spezielle Situationen abgesprochen werden, die er in der Zeit bis zur nächsten Therapiesitzung aufsuchen soll. Inhaltlich leiten sich diese Übungssituationen direkt aus der vorangegangenen Problemarbeit ab. Ziel dieser Aufgaben ist es nicht, die Verhaltensgeschicklichkeit des Klienten zu verbessern, sondern daß er die Erfahrung macht, aufgrund der neuen angemessenen Bewertungen eine Problemsituation bewältigen zu können.

Dabei bedeutet '*Bewältigen*' primär, daß der Klient sich in eine Situation hineinbegibt, die er bislang vermieden hat, oder daß er ein Verhalten durchführt, das er bislang ver-

mieden hat, nicht aber, daß er seine sämtlichen Ziele in der Situation in vollem Umfang beim Interaktionspartner durchsetzen kann. Dennoch erscheint es angemessen, den Schwierigkeitsgrad solcher in-vivo-Übungen einigermaßen dem Problembearbeitungsstand des Klienten anzupassen, um krasse Mißerfolge zu verhindern, die wahrscheinlich nicht zu einer Verfestigung rationaler Bewertungen beitragen. Diese Form von Hausaufgaben wird vorrangig in den Trainingsprogrammen der vorliegenden Untersuchung eingesetzt.

Eine spezielle Form rational-emotiver Hausaufgaben sind die sogenannten "*Risiko*"- und "*shame-attacking*"-Übungen, die beide von dem Prinzip ausgehen, daß der Klient genau diejenigen negativen Konsequenzen bewußt aufsuchen und riskieren soll, die er bisher immer vermieden hat. Im Unterschied zu der oben beschriebenen Form von Hausaufgaben soll der Klient also bewußt unerwünschte Ereignisse (wie z. B. Ablehnung) herbeiführen, um zu erleben, daß er keinen Wertverlust erleidet, daß keine Katastrophe eintritt etc. . Auch diese Übungen müssen individuell auf den einzelnen Klienten zugeschnitten sein, so daß z. B. ausgeschlossen ist, daß ihm dadurch schwerwiegende existenzielle Nachteile entstehen.

Zudem werden häufig auch *Beobachtungsaufgaben* gestellt, in denen der Klient Alltagsproblemsituationen nach der Struktur des A-B-C-Modells aufschlüsseln soll, um diese Form der Problemanalyse zu trainieren und eine Vorbereitung für die kommende Therapiesitzung zu leisten. Im fortgeschritteneren Therapiestadium wird hiermit oft die Aufgabe verbunden, die identifizierten unangemessenen Bewertungen selbständig umzustrukturieren.

2.3 Zusammenfassender Vergleich der praktischen Vorgehensweisen

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, daß die Praxis des Verhaltenstrainings und der RET (als Methode der kognitiven Umstrukturierung) ein komplexes Zusammenspiel verschiedener therapeutischer Elemente verlangt, wie z. B.

im Verhaltenstraining die Kombination der einzelnen Techniken oder in der kognitiven Umstrukturierung das differenzierte Erfassen und Benennen persönlicher Bedeutungsinhalte im individuellen Sprachgebrauch des Klienten. Bei beiden Methoden wird davon ausgegangen, daß die Effizienz des Vorgehens in entscheidendem Maße davon abhängt, daß die Interventionen möglichst direkt und genau auf die individuellen Bedingungen des Klienten abgestimmt werden.

Die Tatsache, daß *Individualisierung* ein zentrales Prinzip in der praktischen Durchführung sowohl des Verhaltenstrainings als auch der RET ist, unterstreicht nachdrücklich die These der vorliegenden Untersuchung, daß die Effekte beider Methoden nur dann angemessen miteinander verglichen werden können, wenn die Individualisierung auch in der experimentellen Umsetzung entsprechend berücksichtigt wird (siehe hierzu auch Kap. 3).

Unterschiede in der Praxis von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung werden im *Ansatzpunkt der Veränderungsmaßnahmen*, d. h. in den "target behaviors", im *Verständnis des therapeutischen Veränderungsprozesses* und in der jeweiligen *Auffassung von Problemlösung* sichtbar. Die im folgenden diskutierten Aspekte beziehen sich speziell auf die praktische Anwendung der Methoden im SST; zu einem mehr paradigmatischen, theoretischen Vergleich wird auf die zahlreich vorhandene Literatur verwiesen (z. B. MAHONEY 1974; WILSON 1978; van QUEKELBERGHE 1979a; BECK 1979; MARZILLIER 1980).

Ansatzpunkt der Veränderungsmaßnahmen sind im Verhaltenstraining immer die nonverbalen, paraverbalen und verbalen Anteile des konkreten Verhaltens in speziellen Situationen. Grundlegend für das praktische Vorgehen ist eine Sichtweise von Veränderung als *Aufbau und Verfestigung spezifischer Kompetenzen* in speziellen Situationen. Es wird davon ausgegangen, daß ein SST dann effektiv ist, wenn systematisch dasjenige Verhaltensrepertoire aufgebaut, ausgebaut und verstärkt

wird, das für eine praktische Lösung von Alltagsproblemen erforderlich erscheint.

In letzter Zeit wird dieses Therapieverständnis zunehmend unabhängig von dem zugrundegelegten Erklärungsmodell von Selbstunsicherheit vertreten (z. B. WILSON 1978; CURRAN 1979). Man nimmt an, daß Verhaltenstraining Selbstunsicherheit auch dann effektiv verringern kann, wenn nicht primär Verhaltensdefizite vorliegen, sondern kognitive oder emotionale Aspekte den Hauptteil der individuellen Selbstunsicherheitsproblematik ausmachen (vgl. hierzu auch die Ergebnisse von ALDEN et al 1978). Unabhängig von den genauen Bedingungsfaktoren eines Selbstunsicherheitsproblems werden der Aufbau von Kompetenzen und ihre Anwendung in Alltagssituationen als die beste Möglichkeit angesehen, um auch Ängste und unangemessene Kognitionen abzubauen.

Im Unterschied dazu setzen die Veränderungsmaßnahmen des rational-emotiven Vorgehens bei den wertenden Kognitionen des Individuums an, als deren Folge beobachtbare Verhaltensungeschicklichkeiten und stark belastende Gefühle aufgefaßt werden. Das praktische Vorgehen beruht auf einem Verständnis des therapeutischen Veränderungsprozesses als *Modifikation konzeptioneller Systeme* (BECK 1979). Man geht von der Annahme aus, daß Selbstunsicherheit nur dann umfassend abgebaut werden kann, wenn sich das grundlegende Bewertungssystem des Klienten ändert, so daß er auch mit unangenehmen Realitäten umgehen kann, ohne emotional völlig außer Fassung zu geraten und seinen Verhaltensspielraum unnötig einzuengen. (Aus Sicht der RET setzt Verhaltenstraining also bei den Folgen der eigentlichen Störung ein, nicht aber bei den entscheidenden aufrechterhaltenden Bedingungen.)

Diese Unterschiede im Verständnis des Veränderungsprozesses und in der Ausrichtung der therapeutischen Interventionen sind oft auch als Grundsatzfrage diskutiert worden, ob es leichter ist, sich handelnd in neue Denkweisen einzufinden

oder über Veränderung von Denkweisen zu neuem Verhalten zu gelangen (vgl. MEICHENBAUM 1977).

Auswirkungen dieser Unterschiede werden in unterschiedlichen Prioritäten in der Problemlösung deutlich: Beim Verhaltens-training steht die *praktische Problemlösung* im Vordergrund; d. h. sichtbare Verhaltensänderungen des Individuums, die möglichst zu sichtbaren Erfolgen beim Interaktionspartner bzw. zu einer Veränderung von problematischen Situationsbedingungen führen sollten. Anders liegt die Priorität im rational-emotiven Vorgehen zunächst bei der *Bewältigung des emotionalen Problems*, das der Klient durch die praktischen Schwierigkeiten hat (ELLIS 1980: "the emotional problem about the practical problem"). Mit der praktischen Problemlösung, die in der RET mit einer Änderung des aktivierenden Ereignisses gleichgesetzt wird, wird erst dann begonnen - so überhaupt noch erforderlich -, wenn der Klient die Realitäten der Situation angemessen bewerten und damit emotional besser akzeptieren kann.

Dieser für die Praxis sehr wichtige Unterschied im Verständnis von Problemlösung soll im folgenden kurz anhand eines praktischen Beispiels aus dem Bereich von Kontaktschwierigkeiten verdeutlicht werden:

Verhaltenstraining geht bei Kontaktschwierigkeiten im Prinzip so vor, daß grundlegende Fertigkeiten zum Aufnehmen von neuen Kontakten eingeübt werden (z. B. Blickkontakt, Ich-Gebrauch, Gespräche anfangen etc.) und dann unter möglichst erfolgversprechenden Bedingungen in Alltagssituationen (im Café, in Lokalen, am Arbeitsplatz etc.) ausprobiert und verfestigt werden. Von besonderer Bedeutung ist dabei, daß der Klient tatsächlich die Erfahrung macht, mit diesen Fertigkeiten erfolgreich Gespräche anknüpfen zu können, also eine irgendwie gear-tete positive Zuwendung von anderen erhält.

Anders würde man beim rational-emotiven Vorgehen mit dem Klienten schwerpunktmäßig daran arbeiten, aufgrund welcher Bewertung er fehlende Kontakte oder Zurückweisung durch andere für unerträglich, katastrophal o. ä. hält. Die RET würde hier wahrscheinlich eine Form der "ego-anxiety" feststellen und mit dem Klienten darauf hinarbeiten, sich selber unabhängig von der positiven Zuwendung durch andere zu akzeptieren. Eine typische Hausaufgabe könnte darin bestehen, daß der Klient

verschiedene Kontaktsituationen aufsucht, in denen er bewußt auch Zurückweisung riskiert. Er soll dadurch die Erfahrung machen, daß er auch Zurückweisung emotional bewältigen kann, um sich aufgrund der veränderten Bewertung in Zukunft ruhiger in neue Kontaktsituationen begeben zu können und damit den eigenen Verhaltensspielraum zu erweitern.

Die unterschiedlichen Prioritäten in der Problemlösung, einhergehend mit dem jeweiligen Verständnis des therapeutischen Veränderungsprozesses, führen dazu, daß positive Umweltreaktionen bzw. Mißerfolge eine unterschiedliche Gewichtung in Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung bekommen (s. u. im Zusammenhang mit Vor- und Nachteilen der Methoden).

Im Anschluß an die bisher eher deskriptive Beschreibung von Unterschieden soll im folgenden eine kurze wertende Einschätzung wichtiger praktischer Vor- und Nachteile beider Methoden vorgenommen werden, die größtenteils auf den praktischen Erfahrungen des Autors mit der Anwendung der Methoden im SST beruhen.

Als die wichtigsten praktischen *Vorteile des Verhaltenstrainings* werden auf der einen Seite die Transparenz und Plausibilität des Vorgehens für den Klienten und auf der anderen Seite die Systematik und Strukturiertheit im Aufbau der Übungen angesehen:

Das Therapiemodell des Verhaltenstrainings - Selbstsicherheit über den Aufbau von Kompetenzen zu erreichen - ist für die meisten Klienten schnell verständlich und in der Regel auch einsehbar. Wer häufig an sich selbst erlebt, daß er sich in zwischenmenschlichen Situationen nicht so einbringt, wie er es im Grunde möchte, findet es meist sinnvoll, mithilfe geeigneter therapeutischer Unterstützung eine Änderung des eigenen Verhaltens zu versuchen. Auch während der praktischen Übungen steht die Entwicklung einer Problemlösung, d. h. die Ausformung eines kompetenten Verhaltensmusters, unter permanenter Beobachtung und Kontrolle des Klienten (und Therapeuten). Der Klient hat also sehr viele Möglichkeiten, selber aktiv Einfluß zu nehmen auf den Inhalt der Übungen und ihre Ergebnisse.

Durch den systematischen, strukturierten Übungsaufbau können sowohl Klient als auch Therapeut kontinuierlich den Stand der Therapie - auch Teilfortschritte - einschätzen. Mit der Identifikation von Verhaltensdefiziten wird jeweils ein konkreter

Ist-Zustand definiert, der unmittelbar mit dem Soll-Zustand, d. h. dem angestrebten Verhaltensmuster, verglichen werden kann. In der Therapie können also sehr gezielt schon kleinere Annäherungen an den Soll-Zustand aufgezeigt werden, was entscheidend zur Aufrechterhaltung oder Erhöhung der Änderungsmotivation des Klienten beitragen kann.

Die wichtigsten potentiellen *Nachteile des Verhaltenstrainings* sind m. E. darin zu sehen, daß das stark situationsspezifische Vorgehen nicht systematisch zur Generalisierung anregt und daß positive Umweltreaktionen einen sehr hohen Stellenwert für den Therapieerfolg bekommen:

Indem Kompetenzen sehr spezifisch im Hinblick auf bestimmte Situationen aufgebaut werden, wird die Aufgabe der Generalisierung auf andere, vor allem zukünftige Probleme ganz wesentlich in die Hand des Klienten gelegt. Zumindest wird im Verhaltenstraining nicht systematisch ein übergreifendes Regelwissen darüber vermittelt, was das Prinzip sozial-angemessenen Verhaltens ausmacht. Am ehesten dazu geeignet wäre die Technik der Instruktionsvorgabe, die auch abstraktere Prinzipien ansprechen kann und zudem Elemente von Einstellungsveränderung enthält (ZIMMER 1976).

Positive Umweltreaktionen haben zwangsläufig einen hohen Stellenwert, weil davon ausgegangen wird, daß sich neues Verhalten nur dann verfestigen kann, wenn das Individuum dafür positive Konsequenzen in seiner sozialen Umgebung erfährt. Erfahrungsgemäß kann es aber nicht als sicher angenommen werden, daß die Umwelt so sensibel auf angemessenes Verhalten reagiert und daß "gutes Verhalten" immer zu "guten Ergebnissen" führt. Aus dem vorliegenden Instrumentarium des Verhaltenstrainings wird aber nicht klar, wie negative Umweltreaktionen aufgefangen werden sollen oder können. Zumindest müßte hierfür das Erfolgskriterium vom sichtbaren Effekt beim Interaktionspartner auf Aspekte des eigenen Verhaltens verlagert werden (siehe hierzu Abschn. 4.5).

Die *Vorteile des rational-emotiven Vorgehens* als Methode der kognitiven Umstrukturierung setzen im wesentlichen bei den hier beschriebenen Nachteilen des Verhaltenstrainings ein. Die größten praktischen Vorteile der RET liegen - besonders in der Behandlung von selbstunsicheren Klienten - darin, daß gezielt auf den Umgang mit Mißerfolgen und negativen Umweltreaktionen vorbereitet wird und daß auf eine umfassende Einstellungsänderung im zwischenmenschlichen Bereich hingearbeitet wird.

Indem die Bewertung verändert werden soll, nicht aber das aktivierende, unangenehme Ereignis, zielt das therapeutische

Vorgehen systematisch darauf ab, den Klienten unabhängiger von den Reaktionen und Einschätzungen der Umwelt zu machen, ihn also unabhängiger von sichtbaren, äußeren Erfolgserlebnissen zu machen. Statt dessen soll der Klient durch rationale Bewertungen dazu kommen, die Existenz unangenehmer Realitäten zu akzeptieren und dabei nicht handlungsunfähig zu werden. Mißerfolge werden in der Therapie (während der Disputation) schon vorweggenommen, so daß der Klient sehr bewußt auf mögliche negative Umweltreaktionen vorbereitet wird. Insofern kann das Vorgehen der RET in gewisser Weise auch als realistischer (als Verhaltenstraining) eingeschätzt werden, weil Unabwägbarkeiten in den Umweltreaktionen gezielt angesprochen werden und nicht davon ausgegangen wird, daß angemessenes Verhalten gerecht honoriert wird.

Das Vorgehen der RET ist insofern sehr umfassend, als eine grundlegende Änderung des inneren Bewertungssystems angestrebt wird, was am deutlichsten am Ziel der bedingungslosen Selbstakzeptanz sichtbar wird. Über den reinen Symptomabbau hinaus wird über die Komponenten rationalen Denkens eine allgemeine, konstruktive Herangehensweise an zwischenmenschliche Problemsituationen vermittelt. Zudem wird kontinuierlich mit dem Klienten daran gearbeitet, selbstschädigende irrationale Elemente seines Denkens zu erkennen. Von daher wird eine relativ umfassende Strategie zur Bewältigung von Problemsituationen vermittelt.

Potentielle *Nachteile der RET* bestehen zum einen in einer relativen Vernachlässigung der Verhaltensebene und zum anderen in der geringen Strukturiertheit und Transparenz des Vorgehens für den Klienten:

Viele Autoren (z. B. MAHONEY & ARNKOFF 1978) kritisieren an der RET, daß sich das Vorgehen zu sehr auf die Verknüpfung von Bewertung und Gefühl konzentrierte und dabei den Bezug zum Verhalten in seiner Einbettung in Situationen vernachlässige. Es erscheint zumindest sehr zweifelhaft, ob allein die Veränderung des Bewertungssystems einem Klienten dauerhaft weiterhelfen kann, der sehr große Verhaltensdefizite hat. Hier müßte sich ein verantwortungsbewußter Therapeut überlegen, ob es ausreicht, den Klienten in seiner Selbstakzeptanz zu fördern, ohne ihm parallel praktische Hilfen auf der Verhaltensebene anzubieten.

Ein großes Problem, zumindest zu Therapieanfang, besteht oft darin, dem Klienten die steuernde Funktion von Bewertungen deutlich zu machen und darüber hinaus noch einsichtig zu machen, daß man selbst die eigenen Bewertungen aktiv kontrollieren und verändern kann. Vielleicht stellt die RET auf Anhieb ein plausibleres Therapieangebot für solche Klienten dar, die keine großen Kompetenzdefizite an sich erleben. Ansonsten scheinen bestimmte Sensibilisierungsübungen (WESSLER & WESSLER 1980) notwendig zu sein, um den Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen aufzuzeigen und erfahrbar zu machen.

Es muß noch einmal betont werden, daß die hier aufgeführten Vor- und Nachteile der Therapiemethoden subjektive, persönliche Einschätzungen sind, die keinen direkten Schluß auf Effektivitätsunterschiede bei verschiedenen Erfolgsmaßen zulassen. Möglicherweise gleichen sich solche Vorzüge und Schwächen innerhalb einer Methode in der Summe aus und machen sich im einzelnen bei der Erfolgskontrolle gar nicht bemerkbar. Dennoch stellen die obigen Überlegungen einen wichtigen Einschätzungshintergrund dar, der später zur Interpretation der empirischen Ergebnisse herangezogen werden kann.

Daneben dürfen aber auch die *Gemeinsamkeiten* nicht vergessen werden, die - entgegen der unterschiedlichen theoretischen Annahmen - zwischen Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung in der Praxis bestehen:

Auf einer relativ allgemeinen Ebene verfolgen beide Methoden das gleiche Therapieziel: Die Selbsteinschätzung von Selbstsicherheit beim Klienten zu erhöhen, Angstgefühle und andere belastende Empfindungen zu verringern und die Verhaltensmöglichkeiten zu erweitern und zu verbessern.

Beide Vorgehensweisen betonen die gegenwärtigen Bedingungen eines Problems; Ursachen und Entwicklung von Schwierigkeiten werden in Diagnostik und Therapie kaum beachtet.

Die wichtigste Gemeinsamkeit besteht darin, daß beide Therapiemethoden aktive Bewältigungsstrategien für problematische Situationen vermitteln wollen, die Notwendigkeit neuer Erfahrungen mit schwierigen Situationen betonen und dabei systematisch Hausaufgaben einsetzen.

Speziell der Aspekt von Anleitung zu neuen Erfahrungen wird häufig zum Verständnis der - nach bisherigen Ergebnissen - im wesentlichen gleich großen Wirksamkeit beider Methoden herangezogen. Fehlende oder nur geringe Effektivitätsunterschiede werden auf einen *gemeinsamen Wirkmechanismus* zurückgeführt, der in BANDURA's Konzept der "self-efficacy" (1977) beschrieben ist. Hauptgedanke dabei ist, daß eine (erfolgreiche) Therapie dadurch wirkt, daß der Klient *Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz* und die eigenen Verhaltensmöglichkeiten aufbaut (v. BERG & ZIMMER 1981).

Diese Art von Selbsteinschätzung wird von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung gleichermaßen gefördert, indem beide Vorgehensweisen den Klienten verstärkt dazu anleiten, sich in bisher vermiedene Situationen hineinzubegeben und darin aktives Bewältigungsverhalten - sei es aktionaler oder kognitiver Art - einzusetzen. Gerade durch die besondere Gewichtung von Hausaufgaben sind also beide Methoden in hohem Maße dazu angetan, Vertrauen in die eigenen Lösungsfähigkeiten zu entwickeln.

Auch wenn empirisch nachgewiesen werden kann, daß der Aufbau von Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz der entscheidende Wirkmechanismus beider Methoden ist, bleibt die nur empirisch zu beantwortende Frage offen, welche Vorgehensweise unter welchen Bedingungen bei welchem Klienten schneller und nachhaltiger in der Lage ist, dieses Selbstvertrauen aufzubauen. Die obigen Überlegungen zu Gemeinsamkeiten zwischen den Methoden können also keineswegs Sinn und Aussagekraft empirischer Vergleichsuntersuchungen von vornherein schmälern.

3 KONZEPTION UND FRAGESTELLUNGEN DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG

Das nachfolgende Kapitel gibt als erstes einen kurzen Überblick über die Ergebnisse bisheriger empirischer Vergleichsuntersuchungen von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung. An einer kritischen Einschätzung der *praktischen Verwertbarkeit* dieser Ergebnisse werden die Schwerpunkte des eigenen Untersuchungskonzepts herausgearbeitet. Im Anschluß daran werden die konkreten Fragestellungen der Untersuchung dargestellt.

3.1 Überblick über bisherige empirische Vergleichsuntersuchungen

Empirische Vergleiche von kognitiven Verfahren, Verhaltenstraining oder einer Kombination beider Ansätze liegen einigermaßen zahlreich vor. Nur wenige Untersuchungen stellen allerdings einen direkten Vergleich zwischen Verhaltenstraining und RET, als der konsequentesten Methode kognitiver Umstrukturierung, an. Meist wird der kognitive Ansatz durch vereinfachte Formen der Modifikation von Selbstverbalisationen (wie z. B. das Selbstinstruktionstraining nach MEICHENBAUM) repräsentiert.

Insgesamt bestätigen diese Untersuchungsergebnisse die *grundsätzliche therapeutische Wirksamkeit* von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung, gemessen am Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen. Weiterhin weisen die Daten, zumindest zum derzeitigen Forschungsstand, stärker darauf hin, daß beide Methoden *gleich effektiv* im Abbau von Selbstunsicherheit sind, als daß größere durchgängige Unterschiede bestünden.

Bei zahlreichen Untersuchungen können die Behandlungseffekte nicht eindeutig beurteilt werden, weil Verhaltenstraining

bzw. kognitive Umstrukturierung mit einem *kombinierten Vorgehen* verglichen werden. Bei einem kombinierten Vorgehen können aber die speziellen Effekte des einzelnen Methodenelements bzw. Wechselwirkungen nicht eindeutig isoliert werden (vgl. BEUTLER 1979).

Einzelergebnisse werden im folgenden - aufgeteilt nach allgemeinen und differentiellen Vergleichsuntersuchungen - nur kurz dargestellt, da sich daraus keine in größerem Umfang abgesicherten Schlußfolgerungen über die Wirksamkeit jeder Methode ziehen lassen. Wichtiger für die vorliegende Arbeit war die Auseinandersetzung mit inhaltlichen und formalen Mängeln der experimentellen Umsetzung in den bisherigen Vergleichsuntersuchungen.

3.1.1 Ergebnisse allgemeiner Vergleichsuntersuchungen

Wie die folgenden Ergebnisse zeigen werden, ist die empirische Basis für die in einigen Fällen festgestellten Effektivitätsunterschiede oft noch relativ schmal: Meist kann nur von *tendenziell* größerer Wirksamkeit die Rede sein, häufig jedoch nur in Relation zur unbehandelten Kontrollgruppe. Zudem ist die *Richtung* der Effektivitätsunterschiede bei den verschiedenen Untersuchungen nicht konsistent.

Tendenziell größere Effekte von Verhaltenstraining gegenüber kognitiven Veränderungsmaßnahmen wurden in folgenden Untersuchungen festgestellt:

In einer Studie von ALDEN et al (1978) war Verhaltenstraining (Instruktion, Modellvorgabe, Verhaltensübung, Rückmeldung) auf Verhaltenstests und Selbstunsicherheitsmaßen jeweils *tendenziell* effektiver als kognitive Verhaltensmodifikation (Bewußtmachen negativer Selbstgespräche; Einüben positiver, kognitiver Bewältigungsstrategien). Erstaunlicherweise war Verhaltenstraining sogar signifikant erfolgreicher als die kognitiven Maßnahmen in der Reduktion irrationaler Überzeugungen.

LINEHAN et al (1979) fanden eine größere Wirksamkeit von Verhaltenstraining allein auf der Ebene des beobachtbaren Verhaltens, während sich auf den Selbsteinschätzungsmaßen keine Unterschiede zur kognitiven Umstrukturierung (Arbeit an Selbstgesprächen, Umbewertung von Situationen, Hausaufgaben) zeigten. Insgesamt konnten jedoch mit einem kombinierten Vorgehen die meisten Verbesserungen erzielt werden.

Tendenziell größere Effekte eines kognitiven Vorgehens im Vergleich zum Verhaltenstraining zeigten sich in folgenden Untersuchungen:

Im Vergleich zwischen SIT (Identifikation negativer Selbstverbalisationen, Einüben konstruktiver Selbstverbalisationen), Verhaltenstraining (Verhaltensübung, Rückmeldung, Modellvorgabe), systematischer Desensibilisierung und einer Placebo-Kontrollgruppe fand THORPE (1975) einen durchgängigen Trend zu besseren Ergebnissen des SIT, wann immer signifikante Behandlungseffekte vorlagen. Die Unterschiede zwischen SIT und Verhaltenstraining waren zwar nicht signifikant; SIT war allerdings - anders als Verhaltenstraining - auf einigen Maßen der Systematischen Desensibilisierung signifikant überlegen.

GLASS et al (1976) stellten signifikant größere Effekte eines kognitiven Trainings (positive Änderung der Selbstverbalisationen) im Transfer auf ungeübte Situationen und auf Realsituationen fest. Bei den trainierten Situationen waren allerdings Verhaltenstraining und ein kombiniertes Verfahren effektiver als das Selbstverbalisationstraining.

Durch Hinzunahme kognitiver Interventionen (Einführung in die selbstschädigende Wirkung irrationaler Gedanken) zum Verhaltenstraining (Videomodelle, Verhaltensübung, Rückmeldung, Hausaufgaben) konnten WOLFE & FODOR (1977) eine signifikant größere Verringerung situationsspezifischer Angst erzielen als durch Verhaltenstraining alleine. Ansonsten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede auf den Verhaltensmaßen und übrigen Fragebögen.

Im Vergleich zwischen einem kognitiven Training (Bewußtmachen negativer Konsequenzerwartungen, Neu-Bewertung von Situationen), einem Verhaltenstraining (Verhaltensübung, Modellvorgabe, Instruktion, Rückmeldung) und einem kombinierten Vorgehen fanden GORMALLY et al (1981) auf einem Fragebogen zu unangemessenem Denken signifikant mehr Veränderung in den kognitiven Behandlungen als in der Verhaltenstrainingsgruppe. Auf den übrigen Selbsteinschätzungs- und Verhaltensmaßen zeigten sich keine Unterschiede.

Betrachtet man die Ergebnisse der allgemeinen Vergleichsuntersuchungen alle im Zusammenhang, kann man daraus keine gesicherte Schlußfolgerung ziehen, daß eine der beiden Methoden die generell erfolgreichere sei. Bei keiner Untersuchung konnten in der Richtung konsistente Effektivitätsunterschiede auf mehreren Erfolgsmaßen festgestellt werden. Zudem leidet die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ganz erheblich darunter, daß sehr unterschiedliche Formen von kognitiver Therapie eingesetzt wurden.

Die Erklärung für fehlende Effektivitätsunterschiede wird bei vielen Untersuchungen, wie schon im vorigen Kapitel angesprochen wurde, darin gesehen, daß beide Methoden gleichermaßen ein Vertrauen in die eigenen Kompetenzen aufbauen. Lediglich in einem Fall (HAMMEN et al 1980) wurde diese Annahme aber regelrecht experimentell überprüft und konnte in Ansätzen bestätigt werden (vgl. hierzu auch v. BERG & ZIMMER 1981).

3.1.2 Ergebnisse differentieller Vergleichsuntersuchungen

Mit dieser Art von Untersuchungen wird eine andere Konsequenz aus bisher nicht nachweisbaren Unterschieden zwischen Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung gezogen: Man geht davon aus, daß die beiden Methoden lediglich *im Mittel* gleich erfolgreich sind, ansonsten aber unterschiedlich wirksam sind, je nach Ausgangsmerkmalen der Klienten oder nach anderen Bedingungen. Diese Gruppe von Untersuchungen, die in den letzten Jahren verstärkt durchgeführt wurden, beschäftigt sich also im wesentlichen mit der Suche nach relevanten *Moderatorvariablen* für die Effekte von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung.

Erstaunlich wenig wurden bislang *Persönlichkeitsvariablen* im Vergleich zwischen den beiden Methoden berücksichtigt. Erwähnt werden muß in diesem Zusammenhang eine sehr breit angelegte Analogstudie von DiLORETTO (1971), in der rational-emotive Therapie größere Effekte bei introvertierten als bei extravertierten Klienten bewirkte; leider fehlt hier der Vergleich zum Verhaltenstraining.

Am häufigsten wurde das *Ausmaß an sozialer Angst*, mit dem die Klienten in die Therapie kommen, als Moderatorvariable für die Wirksamkeit der beiden Behandlungsmethoden untersucht.

Lediglich Trendaussagen können aus einer Untersuchung von FREMOUW & ZITTER (1978) entnommen werden, in der Verhaltenstraining und kognitive Umstrukturierung in Kombination mit Entspannung bei Sprechangst verglichen wurden. Während Verhaltenstraining gleichermaßen effektiv bei hoch- und niedrig-ängstlichen Probanden war, zeigte sich tendenziell ein differenzieller Effekt beim kognitiven Vorgehen, das bei hoch-ängstlichen Probanden größere Verbesserungen als bei niedrig-ängstlichen erzielte.

Unterschiedliche Effekte von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung (SIT) fanden SAFRAN et al (1980) allein bei hoch-ängstlichen Probanden. Verhaltenstraining zeigte hier signifikant größere Effekte auf den beobachtbaren Verhaltensmaßen. Tendenziell bessere Resultate als Verhaltenstraining konnte das kognitive Vorgehen auf Fragebögen zur sozialen Angst und Vermeidung und zum Selbstkonzept bewirken. Bei niedrig-ängstlichen Probanden zeigten sich keine Unterschiede. Auf varianzanalytischem Wege konnte kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen prä-post-Veränderung und Angstausmaß nachgewiesen werden.

Signifikante Wechselwirkungen zwischen dem anfänglichen Ausmaß sozialer Angst und Veränderungen auf Verhaltensmaßen und Selbsteinschätzung von Angst und Vermeidung fanden ELDER et al (1981) nur für das kognitive Training (Diskussion negativer Selbstverbalisationen; Modellvorgabe für positive Selbstverbalisationen). Das kognitive Vorgehen war besonders wirksam bei hoch-ängstlichen Klienten und kaum effektiv bei niedrig-ängstlichen Klienten. Beim Verhaltenstraining zeigte sich keine differentielle Effektivität je nach Angstausmaß der Klienten.

Als eine weitere Moderatorvariable wurde das *Ausmaß dysfunktionaler Einstellungen* untersucht:

HAMMEN et al (1980) konnten im Vergleich zwischen Verhaltenstraining und kognitivem Verhaltenstraining (Verhaltensübung

plus Modifikation der Selbstverbalisationen) keinen Hinweis für differentielle Effekte bei Probanden mit unterschiedlichem Ausmaß an irrationalen Überzeugungen feststellen. Die Hinzunahme kognitiver Interventionen konnte keine Effektivitätssteigerung gegenüber Verhaltenstraining alleine bewirken. Beide Behandlungsformen waren signifikant effektiver bei Probanden mit geringem Ausmaß an dysfunktionalen Einstellungen.

Schließlich wurde die Bedeutung *unterschiedlicher Leistungsanforderungen* an selbstsicheres Verhalten als Moderatorvariable untersucht:

Unter der Bedingung von hoher Leistungsanforderung fanden DERRY & STONE (1979) keine Effektivitätsunterschiede zwischen Verhaltensübung alleine und in Kombination mit der Änderung von Selbstverbalisationen. Bei niedriger Leistungsanforderung zeigte sich das kombinierte Verfahren dem reinen Verhaltenstraining gegenüber überlegen im Transfer auf untrainierte Situationen und in der Aufrechterhaltung der Trainingseffekte.

Zusammenfassend betrachtet liefern diese Untersuchungen zwar schon eine Reihe von - mehr grundsätzlichen - Hinweisen dafür, daß Verhaltenstraining und kognitive Umstrukturierung differentiell wirksam sind. Die Ergebnisse sind jedoch zahlenmäßig noch zu gering und auch in sich nicht konsistent genug, als daß gesicherte Schlußfolgerungen über die zentralen Moderatorvariablen und die konkrete Art der differentiellen Wirksamkeit jeder Methode möglich wären. Als vorläufige Schlußfolgerung kann aus den Ergebnissen gezogen werden, daß das Ausmaß an sozialer Angst eine der entscheidenden Moderatorvariablen sein kann.

3.2 Kritische Einschätzung der empirischen Untersuchungen

Insgesamt kann aufgrund dieser Untersuchungen davon ausgegangen werden, daß das therapeutische Potential von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung im Abbau von

Selbstunsicherheit grundsätzlich als erwiesen gelten kann. Die Effektivitätsnachweise unterliegen jedoch verschiedenen inhaltlichen und formalen Einschränkungen, die eine unüberprüfte Übertragung der Ergebnisse auf die therapeutische Praxis nicht angebracht erscheinen lassen.

Als erstes leidet die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf reale Therapiesituationen erheblich daran, daß überwiegend *studentische Stichproben* untersucht wurden (THORPE 1975; GLASS et al 1976; FREMOUW & ZITTER 1978; DERRY & STONE 1979; ELDER et al 1981; GORMALLY et al 1981). Im Hinblick auf so wichtige Kennwerte wie Alter, sozioökonomischer Status und Bildungsniveau stellen Studenten eine deutlich homogene Population dar. Angesichts der starken Gemeinsamkeiten zu den sogenannten YAVIS-Patienten muß angenommen werden, daß die Erfolgsprognosen studentischer Stichproben von vornherein besser sind als bei anderen Personengruppen.

Darüber hinaus bietet auch das studentische Lebensmilieu erhöhte Freiräume für interpersonales Verhalten, d. h. der Spielraum des eigenen Verhaltens ist durch weniger Normen und implizite Gebote eingeschränkt als z. B. im Berufs- oder Familienleben. Dadurch sind gleichzeitig im sozialen Umfeld größere Chancen angelegt, neues Verhalten ohne nachteilige Konsequenzen oder unangenehme Erfahrungen auszuprobieren. Zudem ergeben sich im universitären Bereich auch mehr aktuelle Möglichkeiten für soziale Interaktionen. Insgesamt liegen also sehr gute Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches SST vor (vgl. hierzu auch TWENTYMAN & ZIMERING 1979).

Aufgrund der *selektiven Stichprobenzusammensetzung* in den meisten Untersuchungen kann also nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, daß ähnlich positive Effekte von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung in gleichem Umfang auch bei anderen Populationen mit weniger günstigen Ausgangsbedingungen erreicht werden. Bei der an Universitäten üblichen Art der Stichprobengewinnung (in Anfängerseminaren, mit Belohnungen wie Praktikumsbescheinigungen o. ä.) ist vermutlich auch der Anteil an Klienten mit geringeren Selbstunsicherheitsproblemen (z. B. niedrigere Angstwerte, geringere Verhaltensbeeinträchtigungen) vergleichsweise hoch

(FRANKS & WILSON 1977; DiGUISEPPE & MILLER 1977).

Zum zweiten besteht ein formaler Mangel bei vielen Untersuchungen im *geringen Umfang der Stichprobe*. Bisweilen sind nur zehn oder sogar weniger Probanden pro Behandlungsbedingung vorhanden (z. B. THORPE 1975, ALDEN et al 1978, SAFRAN et al 1980). Hierdurch wird in erster Linie die *statistische Aussagekraft* der Daten in Frage gestellt.

Eine dritte entscheidende Einschränkung der Aussagekraft vorliegender Untersuchungen ergibt sich im Bereich der *Umsetzung der Behandlungsmethoden*. Dies betrifft zum einen die *Dauer* der Behandlung, aber vor allem die *Art und Weise ihrer Durchführung*. Bei einigen Untersuchungen kann von einer wirklichen therapeutischen Behandlung nicht mehr die Rede sein; die Durchführung weist oft keine Gemeinsamkeiten zur angesprochenen Therapiemethode mehr auf.

Die Mehrzahl der Ergebnisse basiert auf relativ kurzen Behandlungszeiträumen, zum Teil nur zwei bis drei Sitzungen (WOLFE & FODOR 1977; DERRY & STONE 1979; ELDER et al 1981). Eine solch geringe Zahl an Therapiekontakten wird nicht nur bedenklich im Hinblick auf die Möglichkeit zufälliger Veränderungen (vgl. BASTINE 1970), sondern kann auch keine angemessene Methodendurchführung gewährleisten.

Speziell bei der RET erscheint es sinnvoll und notwendig, genügend Zeit in eine gemeinsame Problemkonzeptualisierung zu investieren, um dem Klienten auch eigene Erfahrungen über den Stellenwert der Bewertung für Gefühle zu vermitteln (s.o.). Abgesehen davon muß es zweifelhaft erscheinen, ob in vier bis fünf Stunden Problemlösestrategien so vermittelt werden können, daß Klienten im Alltag auch tatsächlich neue Probleme damit selbständig lösen können, was beide Methoden als Ziel für sich in Anspruch nehmen (vgl. hierzu auch DiGUISEPPE & MILLER 1977). (Dieses Ziel gerät zwar bei Analogstudien zwangsläufig etwas in den Hintergrund, kann aber vom Standpunkt der praktischen Verwertbarkeit der Ergebnisse her nicht außer Acht gelassen werden.)

Stärker noch leidet die Übertragbarkeit vieler Untersuchungsergebnisse an der *Art und Weise der experimentellen Umset-*

zung der Therapiemethoden. Überwiegend werden stark *standardisierte Trainingsprogramme* eingesetzt, die sowohl die zu bearbeitenden Problemstellungen als auch die jeweiligen Problemlösungen, seien es Verhaltensmuster oder bestimmte Selbstverbalisationen, weitgehend vorher festlegen. Ebenso sind Abfolge und Häufigkeit, mit der die einzelnen Interventions-elemente einer Therapiemethode eingesetzt werden, fast durchgängig vorprogrammiert (z. B. THORPE 1975; DERRY & STONE 1979; ELDER et al 1981).

Standardisierte Behandlungsprogramme sind unbestreitbar nützlich für eine exakte Kontrolle der unabhängigen Variablen und die Ausschaltung von Störfaktoren. Auf der anderen Seite werden mit der zunehmenden Bedingungskontrolle aber auch wesentliche Variablen des therapeutischen Geschehens ausgeschaltet. Die Komplexität der Behandlungsvorgänge wird so entscheidend reduziert, daß kaum noch strukturelle Gemeinsamkeiten zwischen experimenteller und therapeutischer Situation bestehen (GRAWE 1976; WUTKE 1980).

Durch die sehr *formalisierte Methodenumsetzung* kann die Individualität von Klient und Therapeut nicht angemessen berücksichtigt werden. Der Klient muß sich damit abfinden, die angebotenen Übungssituationen als Teil der eigenen Schwierigkeiten anzusehen und die dafür in der Regel auch vorab definierten Lösungen als hilfreich für die persönlichen Lebensbedingungen aufzufassen. Der Therapeut wird in die Rolle eines Versuchsleiters gedrängt, der auf spezielle Probleme der Klienten nicht eingehen darf, weil er auf Einhaltung der Versuchsbedingungen achten muß (vgl. hierzu auch WUTKE 1980).

Vergleicht man standardisierte Trainingsprogramme mit den grundlegenden therapeutischen Elementen von Verhaltenstraining und RET (siehe Kap. 2), zeigt sich, daß diese Art der Umsetzung zentrale Prinzipien beider Methoden nicht verwirklichen kann, angefangen von der individuellen Problemanalyse bis zur Entwicklung individueller Problemlösungen (vgl. hierzu auch GOLDSMITH & McFALL 1975).

Vorbehalte gegenüber der Angemessenheit standardisierter Programme ergeben sich darüber hinaus schon aus den theore-

tischen Annahmen über Selbstunsicherheit und Selbstsicherheit, die einhellig als in hohem Maße situationsspezifisch angesehen werden (z. B. BELLACK 1979; s. o. Kap. 1). Je mehr aber eine Problemstellung von ganz spezifischen Bedingungen abhängt, um so fragwürdiger und unangemessener erscheint das Vorgeben von Übungssituationen, wodurch immer riskiert wird, an den eigentlichen Problemen der Klienten vorbeizuarbeiten (GORMALLY et al 1975).

Als viertes wird die praktische Bedeutsamkeit der Untersuchungsergebnisse oft erheblich dadurch eingeschränkt, daß die bearbeiteten *Probleminhalte* nur einen sehr selektiven Ausschnitt von Selbstunsicherheitsproblemen erfassen. Die große Mehrheit der Untersuchungen bezieht sich auf Problemstellungen der *negativen Selbstsicherheit*, was gewöhnlich noch weiter reduziert wird auf das *Zurückweisen übertriebener Forderungen* (z. B. THORPE 1975; WOLFE & FODOR 1977; LINEHAN et al 1979; DERRY & STONE 1979). Problemstellungen der positiven Selbstsicherheit wurden in den bisherigen Vergleichsuntersuchungen von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung nicht systematisch aufgegriffen.

Es erscheint unwahrscheinlich, daß das Zurückweisen übertriebener Forderungen eine derart zentrale Komponente von Selbstunsicherheit ist. Vielmehr ist anzunehmen, daß die meisten Klienten im Alltag mit komplexeren Problemen konfrontiert werden. Häufiger sind Situationen, in denen Klienten aus persönlichen Gründen eine Forderung ablehnen möchten, deren Berechtigung sie von seiten des Interaktionspartners aber durchaus einsehen können.

Es fehlen empirische Daten darüber, welche Effekte beide Methoden bei Problemen der positiven Selbstsicherheit bewirken: Im Grunde beziehen sich die Kenntnisse über die Wirksamkeit der beiden Therapiemethoden auf einen noch sehr eingeschränkten Bereich von Selbstunsicherheitsproblemen. Trotz ihrer statistischen Signifikanz haben die vorliegenden Ergebnisse deshalb für klinische Populationen mit komplexeren Schwierigkeiten nur begrenzte Aussagekraft.

Abschließend muß aber zum Stellenwert dieser kritischen Auswertung bisheriger Untersuchungen noch betont werden, daß es zu einseitig wäre, aus den hier diskutierten Mängeln die Schlußfolgerung zu ziehen, daß ihre Ergebnisse keinerlei gerechtfertigte Aussagen über die Wirksamkeit der Therapieformen zulassen. Die festgestellten Effekte werden nicht als experimentelle Artefakte abgetan; ihre Gültigkeit ist lediglich stärker auf ganz bestimmte Personengruppen und ganz bestimmte Problemstellungen bezogen.

Fazit der kritischen Einschätzung ist also nicht, alle bisherigen Untersuchungen rundherum abzuqualifizieren, sondern nachdrücklich zu betonen, daß Forschungsarbeiten jetzt allmählich dazu übergehen müssen, enger an die Bedingungen der klinischen Praxis anzuknüpfen. Die Ergebnisse dieser Analogstudien stellen ohne Zweifel schon einen wichtigen Datensatz über die Wirksamkeit von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung im SST dar, müssen aber noch in breiterem Umfang in der therapeutischen Praxis abgesichert und verfeinert werden.

3.3 Schwerpunkte des vorliegenden Untersuchungskonzepts

Die Durchsicht vorhandener Vergleiche von Verhaltenstraining und Verfahren der kognitiven Umstrukturierung hat gezeigt, daß Fragen der experimentellen Bedingungskontrolle (also der internen Validität) bisher stärker im Vordergrund standen als Fragen der *externen Validität*. Das Bestreben um methodische Exaktheit führte häufig zu einer hochgradig künstlichen Gestaltung der Behandlungssituation, in der so wichtige Elemente - wie die Abstimmung der Interventionen auf die spezifischen Bedingungen des Klienten - in den Hintergrund gerieten bzw. als Störvariablen angesehen wurden.

Die Konsequenz des hohen methodischen Standards ist ein noch bemerkenswertes *Defizit an direkt praktisch verwertbaren*

Ergebnissen, deren Geltungsbereich nicht auf selektive Studentenpopulationen und einfach strukturierte Probleminhalte von Selbstunsicherheit beschränkt bleibt (vgl. GRAWE 1976; SKATSCHKE & SKATSCHKE-DEPISCH 1979).

Gerade in diesem praktischen Defizit gründet sich die Relevanz der vorliegenden Untersuchung, deren *grundlegendes Interesse* darauf gerichtet ist, die Effekte von Verhaltenstraining und RET bei unterschiedlichen Probleminhalten von Selbstunsicherheit zu untersuchen, wenn die Behandlungen in einer Form durchgeführt werden, die den Bedingungen realer Therapiesituationen entspricht.

Daraus ergeben sich zwei Schwerpunkte für das vorliegende Untersuchungskonzept:

- Der *allgemeine Schwerpunkt* des Konzepts besteht in einer praxisnahen Gestaltung der Untersuchungsbedingungen, so daß der Vergleich der beiden Therapiemethoden unter klinisch relevanten Voraussetzungen durchgeführt werden kann.
- Der *spezielle Schwerpunkt* des Konzepts ist darauf gerichtet, die Wirksamkeit der Therapiemethoden bei den unterschiedlichen Problemstellungen von positiver versus negativer Selbstsicherheit zu vergleichen.

Die wichtigsten Ausgangsüberlegungen, die zur Festlegung des *allgemeinen Untersuchungsschwerpunktes* geführt haben, wurden bereits ausführlich im Zusammenhang mit der kritischen Auswertung bisheriger Vergleichsuntersuchungen behandelt, so daß an dieser Stelle darauf nicht noch einmal eingegangen werden muß. Innerhalb dieses Schwerpunktes der Praxisorientierung werden folgende konkrete Einzelziele gesetzt:

1. Die Therapiemethoden sollen möglichst umfassend, d. h. ihren verschiedenen therapeutischen Elementen und Prinzipien entsprechend, verwirklicht werden.

Die Klienten sollen im wesentlichen selbst bestimmen, an welchen Problemsituationen sie arbeiten wollen, so daß dem einzelnen ein für seine Bedürfnisse relevantes Übungsangebot gemacht werden kann. Ebenso soll der Schwierigkeitsgrad der Arbeit dem individuellen Bewältigungsstand angepaßt sein, um ein für den einzelnen Klienten günstiges Lerntempo zu finden. Konsequenterweise sollen auch die Problemlösungen mit dem Klienten gemeinsam entwickelt werden, um die Selbstverantwortung der Klienten zu unterstützen und sie nicht in ihren Zielen einzuengen.

Schließlich sollen die einzelnen therapeutischen Elemente einer Behandlungsmethode in einer auf den Klienten zentrierten Form so eingesetzt werden, daß sie kein Selbstzweck sind, sondern zum jeweiligen Stand der Arbeit eine angemessene Hilfestellung bieten können.

Demzufolge muß eine wichtige Aufgabe in der Entwicklung von Trainingsprogrammen bestehen, die einerseits so eng wie möglich am individuellen Bezugssystem des einzelnen Klienten orientiert sind, andererseits aber auch den notwendigen verbindlichen Rahmen für die Arbeitsweise der Therapeuten festlegen, um eine angemessene Kontrolle der unabhängigen Variablen abzusichern.

2. Die Untersuchung soll an einer unselegierten, klinisch relevanten Stichprobe durchgeführt werden, die in wichtigen Kennwerten genügend Ähnlichkeiten zu dem Klientel ambulanter Beratungsstellen aufweist.

Angestrebt wird eine Stichprobe, in der verschiedene Berufsgruppen, Bildungsabschlüsse und auch Altersgruppen vertreten sind, d. h. bei der die Klienten aus unterschiedlichen Lebensbezügen stammen.

Die Klienten sollten sich darüber hinaus auch selbst als in höherem Maße ängstlich und in den eigenen Verhaltensmöglichkeiten eingeschränkt beurteilen.

3. Die Trainingsinhalte sollten komplexere Schwierigkeiten aus dem Gesamtbereich zwischenmenschlicher Probleme erfassen.

Es sollte ein Therapieangebot gemacht werden, mit dem auch stärkere Störungen im zwischenmenschlichen Bereich behandelt werden können. Es sollten also auch Problemstellungen erfaßt werden, die differenziertere Lösungen verlangen.

Folgende Überlegungen waren für die Festlegung des *speziellen Untersuchungsschwerpunktes* zur Bedeutung der Probleminhalte ausschlaggebend:

1. Wie sich gezeigt hat, beziehen sich die Ergebnisse von Effektivitätsvergleichen zwischen Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung überwiegend auf den Inhaltsbereich der negativen Selbstsicherheit. Auch Untersuchungen, die eine der beiden Methoden mit einer unbehandelten Kontrollgruppe vergleichen, beziehen sich hauptsächlich auf Inhalte der negativen Selbstsicherheit. Von daher bleibt die Frage offen, ob beide Methoden gleichwertige Behandlungseffekte auch im Bereich der positiven Selbstsicherheit erzielen.

Als erstes erschien es also wichtig, weitere empirische Daten darüber zu sammeln, wie wirksam diese Therapiemethoden bei zwischenmenschlichen Schwierigkeiten sind, die sich in ihrem Kern um den Ausdruck positiver Gefühle drehen. Dadurch könnte der Geltungsbereich des Effektivitätsnachweises bei beiden Methoden um einen wesentlichen Inhalt erweitert werden.

Daß die Unterscheidung von positiver versus negativer Selbstsicherheit nicht nur analytischer Art ist, zeigen empirische Untersuchungen zur Topographie des Verhaltens in Situationen mit positivem versus negativem Kontext. EISLER et al (1975) fanden je nach Probleminhalt unterschiedliche paraverbale und nonverbale Reaktionskomponenten. PITCHER & MEIKLE (1980) stellten fest, daß Selbstverbalisationen und Verhalten (im

Rollenspiel) bei beiden Probleminhalten unterschiedlich stark miteinander korrelierten. Diese Untersuchungen zeigen, daß empirisch nachweisbare Unterschiede zwischen beiden Probleminhalten bestehen.

2. Von noch größerem praktischen Interesse ist aber die Frage, ob unterschiedliche Probleminhalte möglicherweise *Moderatorfunktion* für die Wirksamkeit von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung haben. Aufgrund der Tatsache, daß man sich bislang hauptsächlich auf negative Selbstsicherheit konzentriert hat, ist diese Frage in der bisherigen Forschung noch nicht systematisch angegangen worden.

Lediglich in einem Fall wurde die Effektivität von Verhaltenstraining im direkten Vergleich zwischen beiden Probleminhalten untersucht (TALBERT et al 1980). Hier zeigten sich Unterschiede zwischen den Effekten bei positiver und negativer Selbstsicherheit im Bereich der Generalisierung der Lernerfolge auf untrainierte Situationen. Diese Untersuchung gibt aber keine Hinweise über Effekte der kognitiven Umstrukturierung.

Mit dem *speziellen Untersuchungsschwerpunkt* soll somit ein Beitrag zur weiteren Erforschung der differentiellen Wirksamkeit von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung gemacht werden, wobei eine grundlegende Betonung auf Praxisorientierung des Vorgehens liegt. Es sollen homogene Gruppen von Klienten gebildet werden, die ihre Hauptschwierigkeiten (im zwischenmenschlichen Bereich) jeweils dem Probleminhalt 'positive Selbstsicherheit' bzw. dem Probleminhalt 'negative Selbstsicherheit' zuordnen und die dann mit Verhaltenstraining bzw. kognitiver Umstrukturierung behandelt werden. Eine weitere Homogenisierung der Klienten - etwa nach bestimmten Persönlichkeitsvariablen oder Störungseingangswerten - wäre sicherlich wünschenswert, ist aber innerhalb eines machbaren Untersuchungsaufwandes nicht möglich, da dadurch die Zahl der Klienten noch einmal wesentlich erhöht werden müßte.

Zum gegenwärtigen Forschungsstand muß eine solchermaßen konzipierte Untersuchung in erster Linie *explorativen Charakter* haben, da im Hinblick auf die Bedeutung der Probleminhalte keine empirischen Vergleichsdaten vorliegen. Aufgrund vorhandener Untersuchungsergebnisse kann hauptsächlich die Erwartung aufgestellt werden, daß beide Therapiemethoden effektiver als eine unbehandelte Kontrollbedingung sind. Es wäre jedoch rein spekulativ, gezielte Vorhersagen über spezielle Einzeleffekte oder unterschiedliche Behandlungswirkungen bei den verschiedenen Probleminhalten zu machen. Aus diesem Grund erscheint es nicht sinnvoll, gerichtete Einzelhypothesen aufzustellen, die angenommen oder verworfen werden sollen. Vielmehr ist es dem explorativen Charakter der Untersuchung angemessener, verschiedene *offene Fragestellungen* zu formulieren, die quantitativ und qualitativ beantwortet werden.

3.4 Fragestellungen der Untersuchung

Im einzelnen sollen folgende konkrete Fragestellungen überprüft werden:

1. In welchem Umfang kann die bisher festgestellte Effektivität von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung in praxisorientierter Umsetzung auch bei einer weniger selektierten Klientenstichprobe mit komplexeren Selbstunsicherheitsproblemen erzielt werden?

Diese übergeordnete Frage gliedert sich in folgende konkrete Teilfragen auf:

- Welche Effekte bewirkt Verhaltenstraining bei Problemen der negativen und bei Problemen der positiven Selbstsicherheit?
- Welche Effekte bewirkt die RET als Methode der kognitiven Umstrukturierung bei Problemen der negativen und bei Problemen der positiven Selbstsicherheit?

Diese beiden Teilfragen zielen auf eine detaillierte Beschreibung der Effekte beider Behandlungsmethoden auf den verschiedenen Meßebenen bei jedem Probleminhalt ab. Bezugspunkt für den empirischen Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit ist der Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe. Die übergeordnete Frage ist wichtig, um zu überprüfen, inwieweit sich die sehr gute Erfolgsbilanz beider Methoden auch außerhalb des Laborrahmens unter schwierigeren Bedingungen erreichen läßt. Zu ihrer Beantwortung sollen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit den Ergebnissen anderer empirischer Studien verglichen werden.

2. Zeigen sich Unterschiede in den Effekten von Verhaltenstraining und RET, und worin bestehen diese Unterschiede?

Ziel dieser Frage ist der direkte Vergleich der therapeutischen Effekte zwischen beiden Behandlungsmethoden. Speziell interessiert dabei, auf welchen Ebenen der Veränderungsbeurteilung Unterschiede auftreten; das Hauptinteresse liegt nicht darauf, eine der beiden Methoden als die generell überlegene herausstellen zu können.

3. Kann eine unterschiedliche Wirksamkeit von Verhaltenstraining und RET bei Problemen negativer und positiver Selbstsicherheit festgestellt werden?

Diese Frage zielt auf die Erfassung von Wechselwirkungen zwischen Therapiemethode und probleminhalt ab, woraus sich eine differentielle Wirksamkeit der Methoden ableiten ließe. Von daher nimmt diese Frage eine zentrale Stellung in der vorliegenden Untersuchung ein.

4. Wie sehen die Veränderungsmuster bei jeder Therapiemethode aus; worin bestehen wesentliche Unterschiede zwischen den Veränderungsmustern bei beiden Methoden?

Ziel dieser Frage ist eine qualitative Beschreibung, wie die Veränderungen auf den verschiedenen Meßebenen in jeder Therapiemethode zusammenhängen. Dadurch sollen Hinweise auf wichtige Wirkmechanismen der Therapiemethoden gewonnen werden.

Im Hinblick auf den Erkundungscharakter der Untersuchung dürfte klar sein, daß die Beantwortung dieser Fragestellungen immer in bestimmten methodischen Grenzen zu sehen ist, da der Anspruch der Praxisnähe zwangsläufig zu gewissen Kollisionen mit den hohen methodischen Anforderungen differentieller Vergleichsuntersuchungen führen muß (vgl. KIESLER 1976/1966). Es kann keine so differenzierte Bedingungskontrolle durchgeführt werden, wie sie vom methodischen Standpunkt her bei einem komplexen Untersuchungsgegenstand wünschenswert wäre.

Zum gegenwärtigen methodischen Stand würde eine ganz strikte Kontrolle der unabhängigen Variablen - also der Therapiemethoden und Probleminhalte - auf eine Standardisierung der Behandlungen mit vorgegebenen Übungssituationen hinauslaufen. Es ist aber m. E. sehr zweifelhaft, ob man mit Standardisierung tatsächlich die angestrebte Vergleichbarkeit der Behandlungen erreichen kann.

Man geht davon aus, daß Vergleichbarkeit dadurch hergestellt wird, daß mit jedem Klienten die gleichen Problemsituationen durchgearbeitet werden, gleich schwierige Übungen durchgeführt werden und daß insgesamt bei allen Klienten die gleichen Interventionen eingesetzt werden. Diese Annahme setzt aber implizit voraus, daß alle Klienten mit gleichen Ausgangsbedingungen in die Therapie kommen, was von Ergebnissen der differentiellen Therapieforschung und nicht zuletzt von den Erfahrungen der Praxis widerlegt wird.

Was also im Prinzip durch eine Vollstandardisierung in erster Linie für die Bedingungskontrolle erreicht wird, ist, daß alle Therapeuten innerhalb einer Therapiemethode sich gleich verhalten, nicht aber, daß damit allen Klienten ein

qualitativ und inhaltlich vergleichbares Angebot gemacht werden kann.

Die Vergleichbarkeit der Behandlungen wird durch Standardisierung des Therapeutenverhaltens lediglich in formaler Hinsicht gewährleistet, während sie inhaltlich erst dann gegeben sein kann, wenn die Interventionen - innerhalb des jeweiligen Rahmens einer Methode - möglichst angemessen auf die persönlichen Bedingungen des einzelnen Klienten hin orientiert sind. Dies soll im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durch eine Teilstandardisierung der Trainingsprogramme versucht werden (siehe Kap. 4).

4 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Aufgabe dieses Kapitels ist es, die experimentelle Operationalisierung der Untersuchungsfragen darzustellen:

- Zum einen eine Beschreibung des formalen und organisatorischen Rahmens der Untersuchungsdurchführung;
- zum anderen eine Begründung der zentralen Punkte in der Gestaltung der experimentellen Bedingungen.

Entsprechend der Untersuchungsschwerpunkte wird dabei die Darstellung der Behandlungsprogramme am Schluß des Kapitels den größten Raum einnehmen, weil diese grundlegend für die angestrebte Praxisnähe der Therapiesituation sind und ihnen von daher das größte Gewicht in der experimentellen Umsetzung zukommen muß.

4.1 Versuchsplan

Als ein zentraler Teil der Versuchsplanung wird zuerst auf die Maßnahmen zur Definition und Kontrolle der unabhängigen Variablen eingegangen, um auf diesem Hintergrund dann die Verteilung der Therapeuten, die Auswahl und Zuordnung der Klienten und die Festlegung der Meßzeitpunkte zu behandeln. Abschließend wird ein zusammenfassender Überblick über die wichtigsten Schritte im Untersuchungsablauf gegeben.

4.1.1 Festlegung und Kontrolle der unabhängigen Variablen

Um die Effekte von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung bei den unterschiedlichen Problemstellungen von Selbstunsicherheit erfassen zu können, war die Bildung von vier Experimentalgruppen erforderlich, die in einem *zwei-faktoriellen* Versuchsdesign mit den unabhängigen Variablen 'Therapieform' und 'Probleminhalt' angeordnet sind. Ab-

hängige Variablen sind die zwischen den verschiedenen Meßzeitpunkten feststellbaren Veränderungen in der Selbsteinschätzung der Klienten (s. u., Abschn. 4.2).

Zusätzlich war es notwendig, eine Kontrollgruppe zu bilden, die in dem betreffenden Zeitraum keine Behandlung erhielt, um den Effektivitätsnachweis der Behandlungen weiter absichern zu können und gleichzeitig mehr Vergleichsmöglichkeiten zu den Ergebnissen anderer Studien zu haben.

Von daher ergeben sich folgende fünf verschiedene Behandlungsbedingungen:

Therapieform

Problem- inhalt	Verhaltens- training bei Kritikproblemen (VKR)	Kognitives Um- strukturieren bei Kritikproblemen (KKR)	Kontroll- gruppe (KG)
	Verhaltens- training bei Kontaktproblemen (VKO)	Kognitives Um- strukturieren bei Kontaktproblemen (KKO)	

Als Kontrollbedingung wurde eine Fremdwarte-Kontrollgruppe gebildet, die im Anschluß an die Experimentalgruppen behandelt wurde, da es aus ethischen Gründen nicht vertretbar schien, den Klienten der Kontrollgruppe gar keine Therapie zukommen zu lassen. (Aus den gleichen Gründen erschien auch eine Placebo-Kontrollgruppe nicht vertretbar.) Eine Eigenwarte-KG wäre zwar erheblich arbeitsökonomischer gewesen, hätte aber die Zeitgleichheit der Versuchsbedingungen unmöglich gemacht (zu Problemen der Kontrollgruppenbildung siehe auch BASTINE 1970, WUTHKE 1980).

Als das wichtigste Problem in der *Kontrolle der unabhängigen Variablen* ist die *Individualisierung* der Therapiedurchführung anzusehen. Dabei geht es im Kern um die Frage, ob diese Art der Durchführung genügend Vergleichbarkeit der Therapien innerhalb einer Behandlungsform gewährleistet, d. h. ob die interne Validität der Untersuchung hinlänglich groß ist (vgl. hierzu BASTINE 1970).

Vom Prinzip her kann Individualisierung nicht ernsthaft als eine Störvariable im Therapieprozeß bezeichnet werden, da eine auf die persönlichen Bedingungen des Klienten ausgerichtete Durchführung von Interventionen als grundlegender, integraler Bestandteil jeder Therapieform gilt. Methodische Kritik an der Individualisierung kann sich folglich nur darin begründen, daß dadurch der Spielraum für die Therapeuten möglicherweise so groß wird, daß jeder eine andere Form von Verhaltenstraining oder kognitiver Umstrukturierung durchführt oder auch Elemente anderer Therapieformen einfließen lassen kann.

Eine hinlängliche Kontrolle der individualisierten Therapiedurchführung kann durch eine Art der *Teilstandardisierung* erreicht werden, in der für jede Sitzung eine formale Grobstruktur vorgegeben wird, die Ziele, Arbeitsschwerpunkte und eine entsprechende Abfolge von Übungen oder Therapieeinheiten festlegt (siehe hierzu ausführlich die Darstellung der Behandlungsprogramme in Abschn. 4.5).

Indem lediglich eine Rahmenstruktur, aber nicht jede einzelne Interventionssequenz detailliert vorgegeben wird, bleibt also auf der einen Seite genügend Freiraum für ein individuelles Eingehen auf den Klienten. Andererseits kann diese Strukturvorgabe aber weitgehend absichern, daß die Therapeuten vergleichbare Ziele und Schwerpunkte verfolgen.

Ebenfalls im Zusammenhang mit der Individualisierung müssen Definition und Kontrolle der Problem Inhalte - als zweite unabhängige Variable - betrachtet werden:

Die *Definition der Problem Inhalte* erfolgte unter dem Ziel, einen möglichst breiten Bereich von komplexeren Problemstellungen der negativen bzw. positiven Selbstsicherheit abzudecken und dabei genügend Raum für die individuellen Schwierigkeiten des einzelnen Klienten zu lassen.

Diesem Ziel entsprechend wurde negative Selbstsicherheit an *Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik* festgemacht, d. h. Schwierigkeiten, die sich primär darum drehen, mit negativen

Gefühlen von Ärger, Enttäuschung, Unzufriedenheit etc. umzugehen (vgl. EISLER et al 1975). Im Unterschied dazu wurde positive Selbstsicherheit an *Schwierigkeiten im Umgang mit Kontakt* festgemacht, also an Schwierigkeiten, deren Kern darin besteht, mit positiven Gefühlen von Lob, Gefallen, Zuneigung etc. umzugehen (vgl. EISLER et al 1975). Bei beiden Problem-inhalten werden die aktive Dimension (negative bzw. positive Rückmeldung geben) und die reaktive Dimension (negative bzw. positive Rückmeldung annehmen) als gleichbedeutend wichtig angesehen.

Die praktische Bedeutung dieser beiden Probleminhalte wird zudem durch eine Kurzumfrage bestätigt, die in der Vorbereitungsphase des Forschungsprojekts an Beratungsstellen im Raum Münster durchgeführt wurde. Schwierigkeiten, mit Kritik bzw. Kontakt umzugehen, stellten sich dabei als die beiden Problembereiche heraus, die Klienten in SSTs am häufigsten als die für sie wichtigsten Probleme nannten.

Ein mögliches Problem für die Bedingungskontrolle entsteht bei den Probleminhalten dadurch, daß das individualisierte Vorgehen eine feste Vorgabe von zu trainierenden Situationen als unangemessen erscheinen läßt. Für eine gültige Ergebnisauswertung muß auf der anderen Seite aber abgesichert sein, daß nur an solchen Problemstellungen gearbeitet wird, die dem jeweiligen Probleminhalt angemessen zuordbar sind.

Eine sinnvolle und gute Kontrollmöglichkeit wurde darin gesehen, jeden Probleminhalt in verschiedene, speziellere *Teilbereiche* aufzuschlüsseln, die sozusagen die wichtigsten Dimensionen des Probleminhalts festlegen, ohne daß dadurch die Therapie von vornherein auf ganz bestimmte, spezielle Situationen eingeengt wird.

Die Teilbereiche sind somit Kriterien für die Therapeuten, anhand derer sie entscheiden können, inwieweit eine konkrete Schwierigkeit, die der Klient in der Therapie bearbeiten will, dem jeweiligen Probleminhalt entspricht. Die Therapeuten waren ausdrücklich angehalten, nur die in den jeweiligen Probleminhalt fallenden Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit aufzugreifen. (Speziell im Verhaltenstraining stellen die Teilbereiche zusätzlich die zu trainierenden verbalen Fertigkeiten dar (siehe Abschn. 4.5).)

Die Aufschlüsselung der Probleminhalte in Teilbereiche sieht im Überblick folgendermaßen aus:

Umgang mit Kritik:

- *Kritik äußern und annehmen* (ausdrücken, was einen beim andern stört, welche Verhaltensänderungen man sich vom andern wünscht; derartige Äußerungen über sich selbst akzeptieren),
- *negative Gefühle äußern und annehmen* (emotionale Inhalte wie Ärger etc. mitteilen und darauf reagieren können),
- *Meinung vertreten / andere Meinung akzeptieren* (den eigenen Standpunkt nach außen vertreten, anderslautende Meinungen akzeptieren können).

Umgang mit Kontakt:

- *Lob äußern und annehmen* (ausdrücken, was einem beim andern gefällt, Nettigkeiten äußern; derartige Äußerungen über sich selbst annehmen können),
- *positive Gefühle äußern und annehmen* (emotionale Inhalte wie Zuneigung, Wertschätzung etc. mitteilen und darauf reagieren können),
- *Gespräche beginnen und aufrechterhalten* (das eigene Interesse an anderen Personen ausdrücken; auf das Interesse anderer an der eigenen Person eingehen).

Während es also bei den drei Bereichen des Probleminhalts "Umgang mit Kritik" primär darum geht, Disharmonien zwischen sich und der Umwelt auszudrücken und zu ertragen, beziehen sich die drei Bereiche des Probleminhalts "Umgang mit Kontakt" darauf, Harmonien zwischen sich und der Umwelt herzustellen oder zu vertiefen.

Zusammenfassend betrachtet kann davon ausgegangen werden, daß durch die oben beschriebenen Maßnahmen eine zufriedenstellende Kontrolle der unabhängigen Variablen erreicht werden kann.

4.1.2 Verteilung der Therapeuten

Um mögliche Fehlerquellen durch Therapeutenverhalten über die verschiedenen Behandlungsbedingungen nivellieren zu können, führte jeder Therapeut ein Verhaltenstraining und ein kognitives Training durch, jeweils eines im Probleminhalt "Umgang mit Kritik" und eines im Probleminhalt "Umgang mit Kontakt".

Beide Trainingsformen wurden den Therapeuten ausdrücklich als gleich effektiv (entsprechend der obengenannten empirischen Ergebnisse) dargestellt; es wurden keinerlei Vermutungen über mögliche differentielle Effekte bzw. Vor- oder Nachteile einer Trainingsform gemacht. Selbstverständlich können damit nicht jegliche Hypothesen oder Vorlieben der einzelnen Therapeuten beseitigt werden; durch die oben beschriebene Zuordnungsform dürfte jedoch ein systematischer Fehler der Therapeutenerwartung ausgeschlossen sein.

4.1.3 Auswahl und Zuordnung der Klienten

Aus dem Wunsch heraus, eine *klinisch relevante Stichprobe* zu erfassen, war ursprünglich geplant gewesen, die Therapien direkt in Beratungsstellen im Raum Münster durchzuführen. Die mit dieser Art der Stichprobengewinnung verbundenen organisatorischen und methodischen Schwierigkeiten ließen eine Realisierung dieses Vorhabens dann aber als nicht möglich und zum Teil auch als nicht sinnvoll erscheinen.

Erstens wäre es höchstwahrscheinlich innerhalb eines vertretbaren zeitlichen Rahmens für das Forschungsprojekt nicht möglich gewesen, eine größere Stichprobe zusammenzustellen. Zweitens hätten sowohl die Therapiegruppen als auch die Kontrollgruppe aller Voraussicht nach nicht zeitlich parallel stattfinden können. Dadurch hätten sich wahrscheinlich auch Probleme für eine Gleichverteilung der Klienten bezüglich wichtiger demographischer Parameter ergeben. Schließlich wären

auf diesem Wege voraussichtlich relativ viele Klienten mit Vorerfahrungen in anderen Therapien in die Stichprobe einbezogen worden.

Angesichts dieser Schwierigkeiten wurde es vorgezogen, Personen mit Selbstunsicherheitsproblemen über einen Zeitungsartikel in den beiden großen Münsteraner Tageszeitungen anzusprechen. Auf diese Weise wird m. E. ebenfalls eine relativ unselegierte Stichprobe erreicht, die hinsichtlich Alter, Bildungsabschluß und sozialem Hintergrund mit einem Beratungsstellenklientel vergleichbar sein dürfte.

Andererseits darf nicht übersehen werden, daß eine Stichprobengewinnung über Zeitungsartikel auch mit einigen Problemen für die interne und externe Gültigkeit der Untersuchung verbunden ist.

Zunächst können unkontrollierbare Selektionseinflüsse durch das Medium 'Zeitung' grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden. Diese Selektionseinflüsse sind jedoch nicht wesentlich höher zu veranschlagen, als dies bei einem Beratungsstellenklientel der Fall wäre, das sich auch nicht repräsentativ aus den verschiedenen Bevölkerungsgruppen rekrutiert. Die erheblich stärkere Berücksichtigung von Mittelschichtsklienten in der ambulanten Therapie muß vielmehr als ein grundlegendes Problem der derzeitigen psychosozialen Versorgungslage angesehen werden, das nicht im Rahmen einzelner Untersuchungen zufriedenstellend angegangen werden kann (vgl. SOMMER 1977).

Darüber hinaus spricht ein Zeitungsartikel wahrscheinlich auch vermehrt Personen an, die im Grunde keinen starken Leidensdruck haben, sondern lediglich einige Anregungen zur Perfektionierung in bestimmten Verhaltensbereichen suchen.

Schließlich ist nicht auszuschließen, daß sich verschiedentlich Interessenten melden, für deren Schwierigkeiten ein SST kein geeignetes oder gezieltes Therapieangebot darstellen kann.

Als geeignete Möglichkeit, die letzten beiden Probleme in den Griff zu bekommen, wird ein gezieltes Auswahlverfahren angesehen, mittels dessen "ungeeignete" Interessenten anhand noch näher zu definierender Kriterien vor der Zuordnung der Probanden zu den Behandlungsbedingungen "aus-

gesondert" werden (vgl. hierzu das 'screening' bei LANGE & JAKUBOWSKI 1976).

Folgende Kriterien wurden positiv für eine *Teilnahme an den Trainings* formuliert:

1. Die Probanden sollten sich selbst durch ihre Schwierigkeiten als deutlich eingeschränkt in zwischenmenschlichen Beziehungen erleben. Dieses Kriterium war wichtig im Hinblick auf die klinische Relevanz der Stichprobe.
2. Die Probleme der Klienten sollten schwerpunktmäßig im Bereich von Selbstunsicherheit gelagert sein. Zum einen sollte damit die Angemessenheit des Therapieangebots für den Einzelnen abgesichert werden; zum anderen kann nur so eine vergleichbare Basis für die Interpretation der Behandlungseffekte erreicht werden.

Ausschlußkriterium waren Problemstellungen wie: Konzentrations- und Arbeitsstörungen, Partnerschaftstörungen, isolierte Rede- oder Prüfungsängste, Erziehungsprobleme oder allgemeine Lebens- und Entscheidungsschwierigkeiten. Für diese Interessenten wurde versucht, anderweitig eine angemessenere Therapie- oder Beratungsmöglichkeit zu finden.

Als das für die Auswahl der Klienten am besten geeignete Verfahren erschien ein *strukturiertes Explorationsgespräch* (LANGE & JAKUBOWSKI 1976; MALONEY & WARD 1976). Zudem sollte ein weiteres wesentliches Ziel dieses Gesprächs darin bestehen, daß sich die Klienten darüber klar werden, ob sich ihre Schwierigkeiten schwerpunktmäßig um den Umgang mit Kritik oder mit Kontakt drehen.

Ein persönliches Gespräch zur Erfassung der Problemlage und des Ausmaßes der Schwierigkeiten der Klienten erschien in verschiedener Hinsicht günstiger als andere Möglichkeiten wie Fragebogen oder schriftliches Interview:

- Der persönliche Kontakt im Gespräch schafft in der Regel eine größere Vertrauensbasis als schriftliche Befragungen, bei denen der "Befrager" im Prinzip anonym bleibt.
- Durch die größere Vertrauensbasis ist ein höheres Maß an Offenheit zu erwarten, was eine entscheidende Voraussetzung dafür ist, die Problematik richtig erfassen zu können (vgl. LICK & KATKIN 1976).
- Das Gespräch ist weniger belastend für den Klienten, da er mehr Raum zur differenzierten Selbstdarstellung hat und auch die Reaktionen des anderen mitbekommt.
- Das Gespräch bietet eine flexiblere Informationsgewinnung, mit der man schneller an die für den individuellen Klienten bedeutsamen Fragen herankommt (vgl. MALONEY & WARD 1976).
- Indem der Klient die Schwierigkeiten aus seiner Perspektive schildert, bieten sich mehr Möglichkeiten für qualitative Beobachtungen, die einen relativ umfassenden Eindruck geben können.

Um die Informationsgewinnung vergleichbar zu halten, wurde ein *Explorationsleitfaden* konstruiert, der in verschiedene thematische Bereiche strukturiert ist, ohne jedoch konkrete Fragen vorzugeben (siehe Anhang).

Neben der Erfassung demographischer Daten werden schwerpunktmäßig einzelne Situationen spezifiziert, die der Klient als typisch für seine Schwierigkeiten erlebt. Dabei wird jeweils auch darauf eingegangen, wie belastend diese Situationen für ihn sind. Überblicksartig werden auch Angst- und Vermeidungstendenzen in den verschiedenen Teilbereichen der beiden Probleminhalte erfaßt. Am Ende des Explorationsgesprächs wird mit dem Klienten besprochen, welchem der beiden Probleminhalte er sich schwerpunktmäßig zuordnet.

Nach Durchsicht und Auswertung aller Explorationsgespräche wurden in gemeinsamer Diskussion mit der Projektgruppe als erstes diejenigen Interessenten ausgesucht, die den oben genannten Auswahlkriterien nicht entsprachen. Danach erfolgte die Verteilung auf die beiden Probleminhalte - entsprechend der Selbsteinschätzung der Klienten. Innerhalb des einzelnen Probleminhalts wurden die Klienten unter Berücksichtigung einer Gleichverteilung von Alter, Geschlecht und Bildungsniveau, aber ansonsten zufällig dem Verhaltenstraining bzw. dem kognitiven Training zugeordnet.

Durch diese Zuordnung wurden 96 Klienten auf die vier Behandlungsbedingungen verteilt, so daß in jeder Behandlungsbedingung 24 Klienten waren. Eine Gruppengröße von mehr als 20 Personen erschien notwendig, um auch trotz zu erwartender Ausfälle eine akzeptable statistische Auswertung zu ermöglichen. Die verbleibenden rund 90 Versuchspersonen wurden in die Kontrollgruppe überwiesen. Innerhalb jeder Behandlungsbedingung wurden dann vier Therapiegruppen mit je sechs Klienten gebildet (siehe hierzu im einzelnen Abschn. 4.5).

4.1.4 Wahl der Meßzeitpunkte

Zur Erfassung der *therapiebedingten Veränderungen* und ihrer *Konsolidierung* wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten Messungen durchgeführt:

- Vor Beginn der Therapie = prä-Messung
(Aus organisatorischen Gründen wurde diese Messung direkt im Anschluß an das Explorationsgespräch durchgeführt,)
- nach Beendigung der Therapie = post-Messung
- vier Monate nach Beendigung der Therapie = follow-up

Diese Messungen beziehen sich sämtlich auf Effekte außerhalb der Therapiesituation.

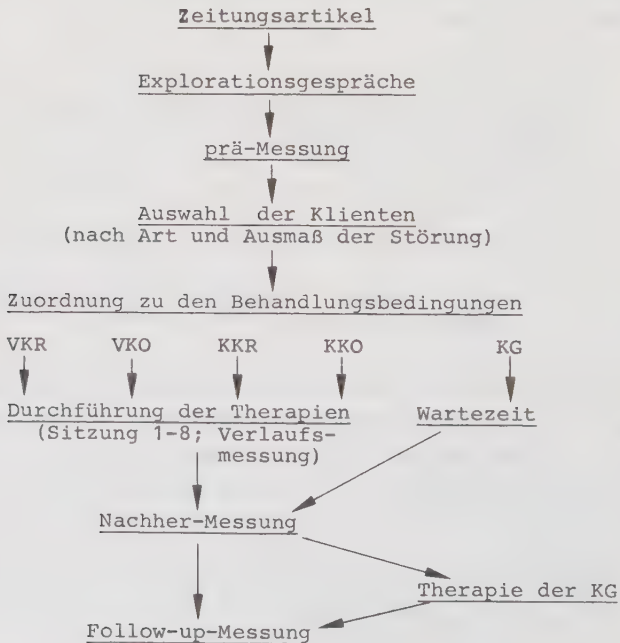
Um zusätzlich Daten über den Therapieverlauf zu erhalten, wurde nach jeder Sitzung ein Fragebogen zur Wahrnehmung des Therapiesgeschehens gegeben. Von daher handelt es sich also nicht um eine reine 3-Punkte-Erhebung, sondern um eine Kombination aus Erfolgs- und Prozeßmessung.

Die Verlaufsdaten werden allerdings im folgenden nicht mehr berührt. Die Verlaufsbeschreibung gehört nicht zu den Hauptfragestellungen der Untersuchung und wird in einer Diplomarbeit behandelt, die noch in der Fertigstellung begriffen ist (v. ASWEGE, KULEMANN & SARJI).

Im Anschluß an die post-Messung erhielten die Klienten der Kontrollgruppe ebenfalls eine Behandlung (eine Kombination aus Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung), da eine längere Wartezeit aus ethischen Gründen nicht vertretbar schien. Insgesamt waren noch 37 Klienten nach Ablauf der Wartezeit an einer Behandlung interessiert.

Dadurch erstreckt sich die Kontrolle in der vorliegenden Untersuchung nur auf die Effekte zwischen prä- und post-Messung, nicht aber auf die Konsolidierung der Effekte bis zum follow-up hin.

4.1.5 Überblick zum zeitlichen Ablauf der Untersuchung



4.2 Auswahl und Beschreibung der Meßinstrumente

Ebenso wie eine einheitliche Definition von Selbstsicherheit fehlt, existiert auch keine Einigkeit über eine angemessene Form der Erfolgsmessung im SST (SKATSCHKE & SKATSCHKE-DEPISCH 1979). Bestimmend für die Wahl der Meßmethoden ist oftmals die theoretische Orientierung der eingesetzten Therapieform. Eine auf diese Weise bisweilen sehr einseitige Auswahl von Meßinstrumenten wird besonders bei therapeutischen Vergleichsuntersuchungen problematisch, wenn dadurch eine bestimmte Therapieform von vornherein "begünstigt" wird (vgl. hierzu GRAWE 1976). Zudem erschwert die mangelnde Verbindlichkeit der Erfolgskriterien eine Vergleichbarkeit verschiedener Studien untereinander.

In neueren empirischen Untersuchungen ist in der Regel eine oder mehrere der folgenden Meßformen gebräuchlich:

- a) *Selbsteinschätzungsfragebögen* zu Angst und Selbstunsicherheit, neuerdings auch zu kognitiven Anteilen;
- b) *Verhaltenstests*, d. h. die Beobachtung und Einschätzung spezifischer Fertigkeiten in speziellen Situationen (Rating-Verfahren);
- c) *physiologische Maße* für Erregung (Hautwiderstand, Atemfrequenz etc.).

Zu einem ausführlicheren Überblick über Meßmethoden im SST wird auf die entsprechende Literatur verwiesen (z. B. BELLACK 1979).

In der vorliegenden Untersuchung standen bei der Auswahl der Meßinstrumente zwei Fragen im Vordergrund: Zum einen, inwieweit der Therapieerfolg angemessener und sinnvoller über Selbsteinschätzung der Klienten oder eine Form der Fremdbeurteilung erfaßt werden kann; und zum anderen die Frage, auf welchen verschiedenen Ebenen ein möglichst um-

fassendes Bild der therapeutischen Effekte aufzuzeigen ist.

Dabei mußte grundlegend berücksichtigt werden, daß den Klienten aller Wahrscheinlichkeit nach nicht so viele Meßoperationen zugemutet werden können wie den sonst üblichen studentischen Stichproben. Es wurde davon ausgegangen, daß ein extensives, sehr umfangreiches Testprogramm eine abschreckende Wirkung auf die Interessenten ausüben könnte, wodurch gegebenenfalls auch ein selektiver Einfluß auf die Stichprobenzusammensetzung entstanden wäre.

4.2.1 Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung

Konkret sind damit die Alternativen von Fragebogendaten und Daten aus Verhaltensbeobachtung oder physiologischen Messungen angesprochen. Anfangs stand man den Selbsteinschätzungsmaßen - zumindest von behavioristischer Seite her - mit viel Skepsis gegenüber; sie wurden oftmals unhinterfragt als erheblich fehlerbehafteter als die sogenannten "objektiven" Verhaltensmaße abqualifiziert (vgl. LICK & KATKIN 1976; CAUTELA & UPPER 1976).

Die Vor- und Nachteile von Selbst- versus Fremdeinschätzung können jedoch nicht allein aus testtheoretischer Perspektive diskutiert werden. Vielmehr muß gleichermaßen danach gefragt werden, was ein adäquates Kriterium für konstruktive Veränderungen bzw. Therapieerfolg darstellt. Es muß inhaltlich danach gefragt werden, was für den Erfolg eines SST's wichtig ist, d. h. welches Gewicht Änderungen der Selbsteinschätzung und Änderungen des beobachtbaren Verhaltens zukommen kann.

Die Entscheidung wurde in der vorliegenden Untersuchung zu-

gunsten von *Selbsteinschätzungsmaßen* getroffen, was folgendermaßen in theoretischer und pragmatischer Hinsicht begründet ist:

- Der *Abbau von subjektivem Unwohlsein* - Unsicherheiten, Angst- und Spannungsgefühle etc. - wird aus der Klientenperspektive als eines der entscheidenden Therapieziele und damit auch Erfolgskriterien angesehen (vgl. LICK & KATKIN 1976).

Zunächst sind es in der Regel Selbsteinschätzungen des Individuums, anhand derer in der Klinischen Praxis entschieden wird, daß ein zu behandelndes Problem vorliegt (siehe hierzu die Problemdefinition im Verhaltenstraining und in der RET; vgl. auch TASTO 1977). Zudem werden beobachtbare Verhaltensänderungen m. E. erst dann wirksam in das Erleben des Klienten integriert, wenn er sein Verhalten auch selbst als verändert "bewertet", d. h. also wenn er sich selbst anders einschätzt.

- Empirische Untersuchungen zeigen, daß Selbsteinschätzungsmaße keineswegs unreliabler oder invalider sind als Verhaltensmaße. Verhaltenstests (per Rollenspiel) sind in ihrer Aussagekraft für die Erfolgsmessung im SST derzeit noch umstritten, nachdem empirische Untersuchungen bisher kein einheitliches Bild über ihre externale Validität liefern konnten (BELLACK, HERSEN & TURNER 1978).

Selbsteinschätzungen sind zunächst ebenso Verhaltensweisen wie offene Reaktionen auch; sie sind gleichermaßen der willkürlichen Kontrolle zugänglich und damit gleichermaßen - aber nicht stärker - einer bewußten Verfälschung zugänglich (vgl. CAUTELA & UPPER 1976; LICK & KATKIN 1976).

Empirische Untersuchungen zeigten zum Teil nur relativ geringe Korrelationen zwischen dem Verhalten im Verhaltenstest (Rollenspiel) und in der entsprechenden Realsituation (BELLACK, HERSEN & TURNER 1978). In einer anderen Studie zeigten die Klienten im Verhaltenstest erheblich mehr Selbstsicherheit als in einer vergleichbaren Realsituation (HIGGINS, ALONSO & PENDLETON 1979).

- In der vorliegenden Untersuchung bietet sich der Einsatz von Selbsteinschätzungsmaßen auch rein pragmatisch als das zeit- und arbeitsökonomischere Vorgehen an.

Es hätten eigens neue Verhaltenstests konstruiert werden müssen. Dies kann zwar nicht als grundsätzlicher Hinderungsgrund gelten, hätte aber Probleme für Auswertung und Interpretation mit sich gebracht, da weitere Normierungsdaten fehlen.

Zu einem vielleicht noch größeren Problem wäre es dabei geworden, Testsituationen zu finden, die für alle Klienten einigermaßen gleiche Gültigkeit aufweisen, da in den individualisierten Trainingsprogrammen keine spezifischen Lernziele verbindlich vorgegeben werden.

Die in der vorliegenden Untersuchung getroffene Entscheidung, den Therapieerfolg an Selbsteinschätzungsmaßen festzumachen, soll allerdings nicht aussagen, daß Verhaltensbeobachtungen keine wertvollen Informationen liefern (zu den Vorteilen von Verhaltensbeobachtung siehe auch KEMMLER & SCHULTE 1976). Jedoch erschien es aufgrund der vorigen diskutierten Probleme gerechtfertigt, auf Verhaltensinformationen zu verzichten, um statt dessen auf verschiedenen Ebenen Veränderungen in der Selbstbeurteilung der Klienten zu erfassen.

4.2.2 Ebenen der Erfolgsmessung

Veränderungen werden in der vorliegenden Untersuchung auf drei Ebenen erfaßt:

- *symptomspezifische Änderungen*, d. h. Veränderungen im Bereich von Selbstunsicherheit;
- *Änderungen der Befindlichkeit*, d. h. Veränderungen auf verschiedenen Gefühlsdimensionen und der allgemeinen emotionalen Lage;
- *Änderungen der Selbstbeschreibung der Persönlichkeit*, d. h. Änderungen in übergreifenderen Strukturen der Person.

(Zu Problemen der Veränderungsmessung siehe Abschn. 5.1 .)

Daß Änderungen im engeren Bereich der Symptomatik zur Erfolgskontrolle herangezogen werden, muß an dieser Stelle sicherlich nicht weiter begründet werden. So ist die Form der Messung in den meisten empirischen Untersuchungen als stark problem- oder symptomorientiert zu bezeichnen.

Es gäbe jedoch ein zu begrenztes Bild therapiebedingter Veränderungen, würde man sich allein auf den Bereich der spezifischen Symptomatik, d. h. im vorliegenden Fall allein auf den Abbau von Selbstunsicherheit konzentrieren. Einer rein symptomorientierten Messung liegt im Prinzip eine reduktionistische Sichtweise des Menschen zugrunde, weil die Gesamtheit des persönlichen Erlebens dabei vernachlässigt wird (MEYER, LIDDELL & LYONS 1977). Von daher erschien es notwendig, Änderungen der emotionalen Befindlichkeit und der Wahrnehmung der eigenen Person als symptomübergreifende Erfolgskontrolle einzubeziehen.

4.2.3 Beschreibung der Meßinstrumente

Als *symptomspezifisches Maß*, um Veränderungen in verschiedenen Bereichen von Selbstunsicherheit zu erfassen, wurde der *Unsicherheitsfragebogen* von ULLRICH DE MUYNCK & ULLRICH (1977a) eingesetzt. Dieser Fragebogen wurde speziell für die Erfolgsmessung im SST entwickelt und zählt zu den wenigen Selbstunsicherheitsmaßen, die für deutsche Verhältnisse teststatistisch überprüft worden sind.

Die innere Konsistenz der einzelnen Skalen liegt zwischen .91 und .95, was als sehr zufriedenstellend anzusehen ist. Zudem konnte der Fragebogen durchgängig auf allen Skalen zwischen sozial-ängstlichen und nicht ängstlichen Pbn unterscheiden ($p < .001$).

Inhaltlich erschien die Verwendung dieses Fragebogens auch deshalb günstig, weil er mit vergleichsweise ökonomischem Aufwand (insgesamt 65 Items) ein differenziertes Bild von

Selbstunsicherheit liefert. (Um diese Aussagenbreite zu erreichen, hätte man ansonsten verschiedene andere Einzelfragebögen einsetzen müssen.)

Im einzelnen ist der U-Fragebogen in *vier Haupt-* und *zwei Nebenskalen* gegliedert, die als separate Faktoren von Selbstunsicherheit interpretierbar sind:

Faktor (1) - *Fehlschlag- und Kritikangst* - erfaßt Angst vor Mißerfolgen, sich zu blamieren, öffentlicher Beachtung ausgesetzt zu sein und kritisiert zu werden. Dieser Faktor wird als speziell relevant für den Probleminhalt der negativen Selbstsicherheit angesehen.
(Der Faktor besteht aus 15 Items.)

Faktor (2) - *Kontaktangst* - bezieht sich auf emotionale Probleme im Kontaktbereich: Schwierigkeiten, positive Gefühle und Zuneigung zu äußern, Hemmungen und Schüchternheit in heterosexuellen Situationen, Angst vor emotionalen Abhängigkeiten. Mit diesen Inhalten kann der Faktor ein spezielles Maß für den Probleminhalt der positiven Selbstsicherheit darstellen (15 Items).

Die restlichen vier Faktoren werden als zusätzliche Maße für andere notwendige Basiskompetenzen angesehen:

Faktor (3) - *Fordern können* - erfaßt Probleme im Äußern, Durchsetzen und Zurückweisen von Forderungen und spricht im weiteren Sinne auch Vertrauen in die eigene Entscheidungs-, Urteils- und Kritikfähigkeit an. Die Autoren sehen diesen Faktor als einen allgemeinen Indikator für soziale Kompetenz an (15 Items).

Faktor (4) - *Nicht-nein-sagen-können* - bezieht sich auf Nachgeben und Vermeiden von Auseinandersetzungen (10 Items).

Faktor (5) - *Schuldgefühle* - erfaßt Schwierigkeiten, sich als selbstverständlich dargestellten (moralischen) Ansprüchen zu entziehen (5 Items).

Faktor (6) - *Anständigkeit* - bezieht sich auf eine übertriebene Beachtung sozialer Anstandsnormen und übertriebene Rücksichtnahme (5 Items).

Zur Erfassung von *Veränderungen der Befindlichkeit* wurden zwei Fragebögen mit unterschiedlichem Meßinteresse eingesetzt:

Um Veränderungen in spezifischen emotionalen Reaktionsklassen, wie z. B. Ängstlichkeit, Depressivität etc., zu erfassen, wurde das *Emotionalitätsinventar* "EMI-B" von ULLRICH DE MUYNCK & ULLRICH (1977b) verwandt.

Als ein Maß zur Bestimmung allgemeiner Befindlichkeitsveränderungen wurde der VEV - *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens* (ZIELKE & KOPF-MEHNERT 1978) - gewählt.

Der EMI-B wurde ebenso wie der U-Fragebogen speziell zur Erfolgskontrolle im SST entwickelt und liefert ein relativ differenziertes Abbild über die längerfristig vorherrschende Ausprägung unterschiedlicher Gefühle oder Stimmungen. Er soll also nicht die kurzfristige emotionale Reaktion (im Moment der Item-Beantwortung) wiedergeben, sondern die in der letzten Zeit überwiegenden situationsübergreifenden Gefühlstendenzen erfassen.

Die innere Konsistenz der Skalen von .96 bis .98 ist als sehr hoch anzusehen. Zudem unterscheiden sich sozial-ängstliche Pbn von nicht ängstlichen durchgängig signifikant.

Im einzelnen werden folgende Gefühlsdimensionen in bipolaren Faktoren erfaßt, wobei Faktor (1) und (7) aus je 18 Items, die restlichen aus je 9 Items bestehen:

- Faktor (1): *ängstliches vs angstfreies Befinden*
(psychovegetative Komponenten von Unruhe, Spannung, Hektik, Zitterigkeit etc. im Gegensatz zu Ruhe und Entspannung)
- Faktor (2): *depressive vs frohe Stimmung*
(Stimmungsqualitäten wie "weinerlich", "bedrückt", "traurig" im Unterschied zu "heiter", "freudig", "hoffnungsvoll")
- Faktor (3): *erschöpftes vs dynamisches Befinden*
(Ausmaß an Passivität und Trägheit im Gegensatz zu Aktivität und Energiegeladenheit)
- Faktor (4): *aggressive vs nachgiebige Stimmung*
(Ausmaß feindlicher, ärgerlicher und zorniger Affekte im Gegensatz zu friedlicher und verständnislicher Stimmung)

- Faktor (5): *gehemmtes vs spontanes Befinden*
(Schüchternheit, Verslossenheit und Zurückhaltung in Abgrenzung zu Offenheit, Spontaneität und Selbstbewußtheit im Befinden)
- Faktor (6): *Verlassenheits- vs Geborgenheitsgefühl*
(Aspekte psychischer Angst wie Bedrohung, Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit oder nicht beachtet werden im Gegensatz zu Geborgenheit, Umsorgtheitsgefühl und gebraucht werden)
- Faktor (7): *gestörtes Allgemeinbefinden vs Wohlbefinden*
(allgemeine Beurteilung der Befindlichkeit; Anspannung, Unwohlsein, Unausgeglichenheit im Gegensatz zu Lockerheit, Wohlsein, Ausgeglichenheit)

Im Unterschied zum EMI-B erfaßt der VEV einen einzigen allgemeinen Faktor der Erlebens- und Verhaltensänderung mit den beiden Polen *Entspannung, Gelassenheit und Optimismus* versus *Spannung, Unsicherheit und Pessimismus*. Ursprünglich war der Fragebogen eigens für die Erfolgskontrolle in der Gesprächspsychotherapie konstruiert worden. Mit dem positiven Pol "Entspannung, Gelassenheit und Optimismus" wird jedoch m. E. ein allgemein gültiges Therapieziel angegeben, das innerhalb jeder Therapieform - auch Verhaltenstraining und RET - ein sehr wichtiges Erfolgskriterium darstellt (vgl. GRAWE 1976). Der VEV kann für die vorliegende Untersuchung eine sehr wertvolle Aussage zu einer generellen Reduktion von Unwohlsein liefern.

Auffälligstes Merkmal des VEV ist sein Konstruktionsprinzip der *änderungssensitiven Items* :

Veränderung wird nicht wie bei den anderen Meßinstrumenten aus der Differenz von Meßwerten zu unterschiedlichen Zeitpunkten rechnerisch erschlossen. Statt dessen ist beim VEV nur eine Messung erforderlich, in der der Klient anhand komparativer Aussagen direkt selbst einschätzt, inwieweit er an sich - gegenüber einem früheren Zeitpunkt - Veränderungen in seinem Erleben und Verhalten feststellt.
(Der VEV wird deshalb nur zur post- und follow-up-Messung, nicht aber zur Vorher-Messung gegeben.)

Der Vorteil eines derartig konstruierten Verfahrens ist darin zu sehen, daß diese Items die Bildung von Differenzwerten unnötig machen, wodurch eine Reihe von Auswertungsproblemen entfallen (siehe Abschn. 5.1). Außerdem liegen erste empirische Daten darüber vor (PLESSEN 1979), daß therapiebedingte Veränderungen mit einem solchen Verfahren sensibler erfaßt werden als mit herkömmlichen Instrumenten.

Der VEV besteht aus 42 Items, deren innere Konsistenz zwischen .94 und .99 liegt und damit als sehr hoch einzuordnen ist. Wie für ein zur Erfassung von Veränderung konstruiertes Verfahren zu fordern ist, ist die Re-Test-Reliabilität mit .61 sehr viel niedriger. Zwischen einer behandelten und einer unbehandelten Gruppe konnten mit Ausnahme eines Items alle Fragen in der erwarteten Richtung differenzieren. Die Korrelation mit Skalen, die konstruktnahe Merkmale wie Symptombelastung, neurotische Tendenz, innere Fehlanpassung etc. messen, liegen mit wenigen Ausnahmen zwischen .40 und .63, womit die Übereinstimmungsvalidität als zufriedenstellend angesehen werden kann.

Um Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene zu erfassen, wurde das *Freiburger Persönlichkeitsinventar* (FPI) von FAHRENBERG & SELG (1970) verwandt. Obwohl der FPI ursprünglich nicht als Instrument der Therapiekontrolle konstruiert worden war, wird er seit längerem in verschiedenen Untersuchungen als brauchbare Möglichkeit zur Erfassung von therapiebedingten Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur eingesetzt (z. B. GRAWE 1976). Was seine teststatistische Überprüfung und Normierung anbelangt, kann der FPI als eines der am besten untersuchten deutschsprachigen Persönlichkeitsinventare gelten; zudem bietet er viele Vergleichsmöglichkeiten zu anderen Untersuchungen (allerdings nicht im Bereich des SST's im engeren Sinne).

Der FPI existiert als Gesamtform G (212 Items), in den Halbformen A und B (je 114 Items) und als Kurzform (76 Items). Für den vorliegenden Zweck erschien die Verwendung der Halbformen am günstigsten, da sie auf erheblich ökonomischere Weise nahezu die gleiche Testleistung erbringen wie die Gesamtform und außerdem als äquivalente Formen sehr praktisch für die Meßwiederholung sind. Die Reliabilitäten der Skalen bewegen sich zwischen .70 und .90. Zur Validität konnte u. a. ein relativ deutlicher Bezug zwischen Skaleneinstufung und Fremdeinschätzung des Verhaltens aufgezeigt werden.

Insgesamt besteht der FPI aus 12 Skalen, 9 primären und 3 sekundären Faktoren, die als Dimensionen der Selbstschilderung (mit entsprechenden Vorbehalten) separat interpretierbar sind. Von besonderer Bedeutung für eine Erfolgsmessung im SST sind dabei m. E. die Faktoren *Depressivität*, *Gelassenheit*, *Gehemtheit* und die Sekundärfaktoren *Extraversion* und *emotionale Labilität*. Aufgrund der weiten Verbreitung des FPI erscheint eine weitere Darstellung der einzelnen Skalen an dieser Stelle überflüssig.

4.3 Beschreibung der Stichprobe

Von den 96 Personen, die zu Beginn den vier (therapeutischen) Behandlungsbedingungen zugeordnet worden waren, brachen 30 (31.25 %) die Therapie vorzeitig ab (davon 5 in VKR, 10 in VKO, 8 in KKR und 7 in KKO). Von den rund 90 Personen, die in die KG überwiesen worden waren, zeigten sich noch 37 nach Ablauf der Wartezeit an einer Behandlung interessiert. In die weitere Beschreibung der Stichprobe gehen also nur 66 plus 37 - d. h. 103 - Klienten ein, da auch nur an diesen Personen die therapeutischen Effekte überprüft worden sind.

Eine Abbrecherquote von 31 % ist sicher als hoch, aber keinesfalls als außergewöhnlich einzustufen. Die meisten "Abbrecher" waren im ersten Drittel der Trainings zu verzeichnen, also nach Einstiegserfahrungen mit dem methodischen Vorgehen. Möglicherweise sind sich die Klienten über unerfüllbare Therapieerwartungen klargeworden, ebenso könnte auch mangelnder Kontakt zum Therapeuten oder zu den anderen Klienten eine Rolle gespielt haben. Eine Klärung der Gründe für den Abbruch wurde nicht im einzelnen vorgenommen.

Die Variable *Geschlecht* war einigermaßen gleich verteilt: Von den 103 Klienten waren 59 Frauen (57.3 %) und 44 Männer (42.7 %). Der leichte Frauenüberschuß ist ein bekanntes Phänomen in Therapieuntersuchungen, aufgrund dessen jedoch die Repräsentativität der Stichprobe nicht entscheidend eingeschränkt wird.

Das mittlere *Alter* der Stichprobe lag bei 30.04 Jahren, mit einer Standardabweichung von 9.6 Jahren und einer Streubreite von 16 bis 68 Jahren. Eine deutliche Massierung im Altersbereich zwischen 20 und 40 Jahren ist wiederum fast durchgängig in Therapieuntersuchungen zu finden und dürfte auch für die meisten Beratungsstellen oder freien Praxen einen gewichtigen Teil der Klienten ausmachen.

59 Personen (57.3 %) hatten Abitur bzw. Hochschulabschluß, 34 Personen (33 %) hatten Realschulabschluß und 10 (9.7 %) hatten Hauptschulabschluß. Diese Verteilung von Abitur- bzw. Hochschulabschluß gegenüber mittleren und unteren Schulabschlüssen kann im Rahmen von Therapieuntersuchungen noch als zufriedenstellend gelten, auch wenn höhere Bildungsabschlüsse häufiger vertreten sind.

Die genaue Aufteilung der demographischen Daten innerhalb der verschiedenen Behandlungsbedingungen wird in Tabelle 1 aufgeführt.

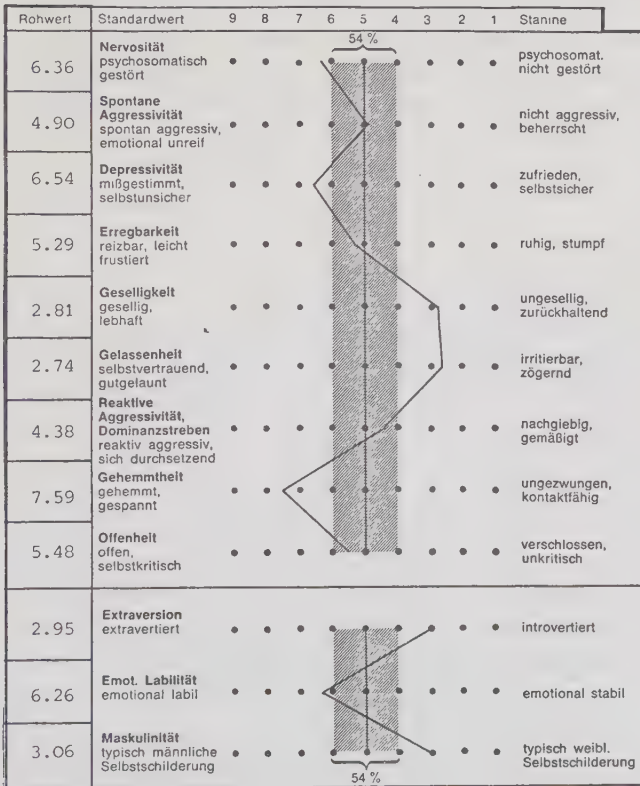
Tabelle 1:

Aufteilung der demographischen Kennwerte auf Experimentalgruppen und Kontrollgruppe

	V K R		V K O		K K R		K K O		K G	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtzahl	19		14		16		17		37	
<u>Geschlecht</u>										
männlich	9	47,4	8	57,1	7	43,8	9	52,9	11	29,7
weiblich	10	52,7	6	42,9	9	56,2	8	47,1	26	70,3
<u>Schulbildung</u>										
Hauptschule	2	10,5	1	7,1	1	6,3	3	17,6	3	8,1
Realschule	7	36,8	4	28,6	6	37,5	5	29,4	12	32,4
Gymnasium	10	52,6	9	64,3	9	56,3	9	52,9	22	59,5
Altersdurchschnitt	32,1		25,0		29,7		34,1		29,2	
<u>Altersgruppen</u>										
15 J. - 19 J.	3	15,8	2	14,3	1	6,3	0	0	2	5,4
20 J. - 29 J.	6	31,6	10	71,4	7	43,8	7	41,2	20	54,1
30 J. - 39 J.	5	26,3	1	7,1	6	37,5	7	41,2	10	27,0
40 J. - ∞	5	26,4	1	7,1	2	12,5	3	17,6	5	13,5

Die klinische Relevanz der Stichprobe kann aber nicht allein von den demographischen Ausgangsdaten der Klienten bestimmt werden. Vielmehr sollten ebenso die mittleren Ausgangswerte der Stichprobe auf dem FPI und speziell auch auf dem Unsicherheitsfragebogen berücksichtigt werden.

Als erstes sei das FPI-Profil der Gesamtstichprobe dargestellt:



Die vorliegende Stichprobe weicht - wie aus der Abbildung ersichtlich - auf der Mehrzahl der Skalen von den Werten einer "Normal"-Stichprobe ab. Besonders deutliche Abweichungen sind auf den Skalen *Geselligkeit*, *Gelassenheit*, *Gehemtheit* und *Extraversion* in der für selbstunsichere Klienten zu erwartenden Richtung zu verzeichnen. Von den FPI-Werten her kann die klinische Bedeutsamkeit der Stichprobe als bestätigt gelten.

Spezifische Informationen zum Ausmaß der Symptomatik lassen sich aus einem Vergleich der Mittelwerte der vorliegenden Stichprobe zum Zeitpunkt der prä-Messung mit den Mittelwerten von sozial-phobischen Klienten und "normalen" Probanden aus den Normierungsdaten des Unsicherheitsfragebogens entnehmen:

Tabelle 2:

Mittelwerte auf den Unsicherheitsfaktoren

Faktor	vorliegende Stichprobe	Sozial-Phobiker	"Normale"
1	54.42	50.42	27.94
2	44.98	40.73	24.88
3 +)	26.73	25.45	38.97
4	33.14	27.62	18.63
5	9.26	10.97	6.44
6	15.56	14.89	10.12

+) Mit Ausnahme von Faktor (3) sind die Items des U-Fragebogens so gepolt, daß ein hoher Wert auf dem Faktor ein hohes Maß an Selbstunsicherheit darstellt. Lediglich bei Faktor (3) zeigen hohe Werte ein hohes Maß an Kompetenz an.

Diese Übersicht zeigt, daß die vorliegende Stichprobe durchgängig ähnliche Werte, wenn nicht tendenziell höhere, aufweist wie die Stichprobe der Sozial-Phobiker. Demnach

kann davon ausgegangen werden, daß es sich hinsichtlich des Ausmaßes an Selbstunsicherheit - speziell auch in den Faktoren "Kritik- und Fehlschlagangst" und "Kontaktangst" - um eine klinisch relevante Stichprobe handelt.

4.4 Die Therapeuten

Die Therapien wurden von 16 Psychologiestudenten (8 männlich und 8 weiblich) mit abgeschlossener klinischer Ausbildung durchgeführt; davon waren 6 Therapeuten durch ihre Diplomarbeiten aktiv am Forschungsprojekt beteiligt. Es wurden 8 *Therapeutenteams* aus je einem männlichen und einem weiblichen Co-Therapeuten gebildet, um mögliche Einflüsse der Therapeutenvariable 'Geschlecht' auszuschalten. (Zur Verteilung der Therapeuten auf die Behandlungsbedingungen siehe ansonsten Abschn. 4.1.2 .)

Nachdem alle Therapeuten eine abgeschlossene klinische Ausbildung aufwiesen, wurde davon ausgegangen, daß die allgemeinen therapeutischen *Basiskomponenten* - wie Techniken der Gesprächsführung - vorhanden waren.

Zur speziellen Vorbereitung auf die Durchführung des Verhaltens- bzw. kognitiven Trainings wurde ein dreiwöchiges Intensivtraining veranstaltet. Die grundlegenden, allgemeinen *Ziele des Therapeutentrainings* bestanden darin, einerseits notwendige theoretische Hintergründe zu vermitteln und andererseits vor allem auch die speziellen Techniken und Therapeutenverhaltensweisen der beiden Therapieformen praktisch einzuüben.

Eine wichtige Materialgrundlage für das Therapeutentraining stellten die vorläufigen Fassungen der beiden Trainingsmanuale aus der Diplomarbeit von KRAEMER & SCHUMACHER (1980) dar. Diese Manuale enthalten ausführliche Hinweise zur Durchführung der einzelnen therapeutischen Einheiten jeder Sitzung, teils mit konkreten Formulierungsbeispielen oder speziellen

Hilfestellungen zur Handhabung möglicher Probleme, die bei einzelnen Übungen entstehen können.

Im Therapeutentraining wurden für jede Behandlungsmethode folgende Inhalte vermittelt:

a) *theoretische Grundlagen*

- Konzeptualisierung von Selbstsicherheit;
- Abgrenzung gegenüber Selbstunsicherheit und Aggressivität;
- die wichtigsten Annahmen jeder Methode über den Kern der Störung und eine angemessene Behandlungsstrategie.

Diese Theoriegrundlagen wurden im wesentlichen im gemeinsamen Diskussionsgespräch mit den Therapeuten vermittelt.

b) *praktische Einübung von:*

- Art und Weise der Problemdefinition / Ausgrenzen spezieller Problemstellungen;
- Ableitung spezieller Verhaltensübungen bzw. Überleitung zur kognitiven Umstrukturierung;
- Ableitung und Absprache entsprechender Hausaufgaben;
- Besprechung und Auswertung von Hausaufgaben;
- Durchführung und Auswertung von Übungen;
- Vermitteln theoretischer Erklärungen an die Klienten.

Das praktische Einüben der Techniken und Therapeutenverhaltensweisen erfolgte größtenteils in Kleingruppen (unter Supervision des Autors bzw. unter gegenseitiger Supervision der Studenten). Auf diese Weise konnte jedem Therapeuten möglichst viel Übungsmöglichkeit verschafft werden. Gleichzeitig waren damit vielfältige Möglichkeiten zur Selbsterfahrung mit den beiden Methoden gegeben, indem die Studenten dazu angehalten wur-

den, in den Übungen an eigenen 'Echt'-Problemen zu arbeiten.

Der Gesamtaufbau des Therapeutentrainings war so gestaltet, daß jeweils zuerst die wichtigsten Theoriegrundlagen jeder Methode besprochen wurden. Dann erfolgte die praktische Einübung der einzelnen Bausteine jeder Methode (s. o.). Als letztes wurden dann größere Einheiten von Trainings-sitzungen in sich geschlossen eingeübt. Dieser Aufbau erschien sinnvoll, um zunächst jedem Therapeuten einen möglichst fundierten Grundstock an spezifischen, methodischen Kompetenzen zu vermitteln, auf dessen Basis längere therapeutische Einheiten leichter erarbeitet und beherrscht werden können. Während der eigentlichen Therapiedurchführung erhielten die Therapeuten kontinuierlich Supervision (anhand von Tonbandaufnahmen) durch den Autor und jeweils ein anderes Therapeutenteam.

4.5 Beschreibung der Behandlungen

Zur Durchführung der Behandlungen im Sinne der oben beschriebenen Teilstandardisierung (siehe Abschn. 4.1) wurden innerhalb des Forschungsprojektes spezielle Trainingsprogramme im Rahmen zweier Diplomarbeiten entwickelt (NOLDE & SENSKE 1979; KRAEMER & SCHLEINER 1979).

Im folgenden werden zunächst die für beide Trainingsprogramme gültigen allgemeinen Rahmenbedingungen beschrieben, um dann auf diesem gemeinsamen Hintergrund die wichtigsten Elemente jedes einzelnen Programms darzustellen. Dabei soll lediglich ein nachvollziehbarer Überblick über das therapeutische Vorgehen gegeben werden, während für Detailfragen auf die entsprechende Diplomarbeit verwiesen wird.

4.5.1 Allgemeine Rahmenbedingungen der Behandlungen

Neben der schon beschriebenen Individualisierung als erster und grundlegendster Rahmenbedingung sind die *Durchführung der Therapien in Gruppen* und ein *konstantes Grundgerüst im Aufbau jeder Therapiesitzung* als weitere wesentliche Rahmenbedingungen anzusehen.

Formale Rahmenbedingung war eine Trainingszeit von 8 Sitzungen mit je 2 1/2 - 3 Stunden Dauer, womit m. E. ein angemessenes Behandlungsangebot grundsätzlich gewährleistet zu sein scheint. Jede Therapiegruppe bestand aus 3 männlichen und 3 weiblichen Klienten und 2 Therapeuten (1 männlich und 1 weiblich).

Ein erster *Vorteil von Gruppen- gegenüber Einzeltherapie* ist offensichtlich in einer größeren Zeitökonomie und Kosteneffizienz zu sehen:

Sind die instrumentellen Voraussetzungen für eine effektive Gruppenarbeit gegeben - d. h. im wesentlichen ein förderliches Gruppenklima (vgl. ROSE 1977; YALOM 1974) - und erscheint die Gruppe nicht aufgrund bestimmter Klientenprobleme kontraindiziert, können in der Gruppe mit vergleichbarem Zeitaufwand mehr Klienten behandelt werden als in einer Einzeltherapie.

Von empirischen Ergebnissen her stellt sich die Behandlungseffektivität in der Gruppe als ebenso groß dar wie in Einzelbehandlung (vgl. SPEIERER 1978; LINEHAN et al 1979b).

Neben diesen mehr formalen Argumenten kann die Gruppe jedoch gerade bei Selbstunsicherheitsproblemen therapeutische Möglichkeiten bieten, die in der Einzelbehandlung nicht gegeben sind:

Nachdem die Schwierigkeiten der Klienten sich im wesentlichen am Umgang mit anderen Menschen äußern, stellt die Gruppensituation ein quasi *reales Übungsfeld* dar und liefert somit optimale Arbeitsbedingungen (LANGE & JAKUBOWSKI 1976; ALBERTI & EMMONS 1977; RATHUS & NEVID 1977; WESSLER & WESSLER 1980). Dabei ist der Stellenwert der Gruppe in den vorliegenden Trainingsprogrammen in erster Linie der eines Mediums für die Therapie individueller Alltagsprobleme (außerhalb der Gruppe).

Alltagsrealität wird in der Gruppe in Ansätzen reproduziert, weil das Interaktionsverhalten des Klienten in der Gruppe ähnlich ist wie das gestörte Beziehungsverhalten im Alltag. Deshalb sieht YALOM (1974) die Gruppe als idealen Arbeitsrahmen für die Behandlung komplexer Beziehungsstörungen an, weil sozusagen in-vivo-Situationen vorliegen.

Das Verständnis von der Gruppe als *sozialem Mikrokosmos* unterliegt im SST bestimmten Einschränkungen, anhand derer eine deutliche Abgrenzung zu gruppendynamischen Ansätzen zu ziehen ist (vgl. LIEBERMAN 1977).

Die Reproduktion von Alltagsinteraktionen in der Gruppe wird zwar als wichtiger Ausgangspunkt für Therapieinterventionen gesehen; primäres Ziel der Veränderungsmaßnahmen ist aber das Alltagsverhalten bzw. -Erleben der Klienten, nicht die Interaktion oder das Klima in der Gruppe (vgl. GRAWE 1980).

Darüber hinaus übernimmt die Gruppe auch *unterstützende* und *motivierende* Funktion (YALOM 1974). So kann der Klient z. B. in der Gruppe erleben, daß andere ähnliche Probleme haben wie er oder daß er anderen helfen kann. WESSLER & WESSLER (1980) sehen hier auch eine Art *präventiver* Funktion der Gruppe, indem der Klient bei anderen Teilnehmern beobachten kann, wie sie Probleme bewältigen lernen, die sich ihm in Zukunft auch stellen können.

Auf diesem allgemeinen Hintergrund sind Vorteile und Funktion der Gruppe in den vorliegenden Trainingsprogrammen folgendermaßen einzuordnen:

Im Verhaltenstrainingsprogramm werden die Möglichkeiten der Gruppe besonders bei der Durchführung der Verhaltensübung eingesetzt. Die Reproduktion von Alltagsverhalten in der Gruppe erleichtert die Feststellung relevanter Verhaltensdefizite. Zur Bestimmung eines angemessenen Verhaltensmusters können dann nicht nur die Ideen von Therapeut und Klient, sondern auch der anderen Teilnehmer herangezogen werden. Während der Verhaltensübung kann ein Gruppenmitglied die Rolle des Interaktionspartners übernehmen, so daß der Therapeut und die übrigen Teilnehmer sich ganz auf die Beobachtung des Klienten konzentrieren können. Ebenso kann die Modellvorgabe von einem Mit-Klienten übernommen werden, wodurch für den Klienten u. U. eine größere Nähe zu sich selbst gegeben ist, als wenn der Therapeut ein Modell vorgibt. Schließlich bietet die Gruppe eine größere Möglichkeit zur Rückmeldung, wobei Teilnehmer-Rückmeldung oftmals durchdringender und motivierender scheint als die des Therapeuten.

Für das RET-Training besteht der Vorteil der Gruppe ebenfalls darin, daß von mehr und unterschiedlicheren Seiten Anregungen zu konstruktiven Lösungen gemacht werden können. Zudem kann die Gruppe hier auch eine Art rationaler Distanz zu den eigenen Problemen bewirken, wenn Klienten die Erfahrung machen, daß ihre Probleme gar nicht so einzigartig sind, oder aber daß andere auch ganz anders über eine bestimmte Situation denken können. Zum anderen können durch erlebnisaktivierende Übungen Emotionen in der Gruppe aktuell hervorgerufen werden, so daß sozusagen in vivo an irrationalen Bewertungen gearbeitet werden kann. Solche Übungen sind in dem vorliegenden Trainingsprogramm keine Ziele in sich, sondern lediglich ein Mittel, um mit dem Klienten rationale Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, die er dann bei seinen individuellen Alltagsproblemen einsetzen kann (vgl. WESSLER & WESSLER 1980).

Der Gruppe kommt also bei beiden Trainingsprogrammen im wesentlichen die Rolle eines *Vehikels für die individuelle Problemarbeit* zu. Erleben und Verhalten im Hier-und-Jetzt der Gruppe werden als aktuelle Beispiele für individuelle Probleme außerhalb der Therapie benutzt. Arbeit an Gruppeninteraktionen stellt deshalb kein Ziel in sich dar, sondern hat immer nur begleitende, vorbereitende Funktion für die Arbeit an den Alltagsproblemen der Klienten. Gruppeninteraktionen werden je nach therapeutischen Zielen und Schwerpunkten einer Sitzung in unterschiedlichem Ausmaß in die Arbeit einbezogen.

In beiden Trainingsprogrammen sind die Sitzungen nach einem *gemeinsamen konstanten Grundgerüst* aufgebaut (mit Ausnahme der ersten und letzten Sitzung). Eine durchgängige Grundstruktur für jede Sitzung erschien sinnvoll, um den Klienten feste Eckpunkte für den Ablauf der therapeutischen Arbeit zu vermitteln, was dann auch die Zusammenarbeit in der Gruppe organisatorisch erleichtert.

1. Durch eine *kurze Einstiegsübung* zur Entspannung und Auflockerung wird ein Signal zum gemeinsamen Beginn der therapeutischen Arbeit gesetzt; ansonsten sollen diese Kurzübungen keine weitere Funktion erfüllen.
2. In der *Hausaufgabenbesprechung* berichtet der Reihe nach jeder

Klient über positive und negative Erfahrungen, die er in der vergangenen Woche mit den in-vivo-Übungen gemacht hat.

3. Kern der anschließenden *Problemarbeit* sind Maßnahmen der Verhaltensübung bzw. der kognitiven Umstrukturierung. Hierzu teilt sich die Gruppe in der Regel in 2 Kleingruppen mit je 3 Klienten, die von 1 Therapeuten betreut werden. Zusätzlicher Bestandteil der Problemarbeit können theoretische Erklärungen und Übungen in der Großgruppe sein.
4. Als Ergebnis der Problemarbeit erfolgt die *Hausaufgabenfestlegung*. Mit jedem Klienten werden möglichst detailliert in-vivo-Übungen für die kommende Woche abgesprochen.
5. Abschluß jeder Sitzung bildet ein kurzes *Blitzlicht*, in dem jeder Klient in 2 bis 3 Sätzen seine wichtigsten Eindrücke aus der Sitzung mitteilt.

Inhaltlich macht dieses Grundgerüst deutlich, daß die therapeutische Arbeit von einer Sitzung zur nächsten eng ineinandergreift: Aus den Ergebnissen der Problemarbeit werden Hausaufgaben abgeleitet, die zu Anfang der nächsten Sitzung ausgewertet werden. Entsprechend dieser Auswertung werden Inhalt und Schwierigkeitsgrad der anschließenden individuellen Problemarbeit ausgerichtet, anhand derer wieder neue Hausaufgaben abgesprochen werden usw. .

Diese enge Verzahnung von Hausaufgabendurchführung und Fortführung der Problemarbeit verdeutlicht den großen Stellenwert der in-vivo-Übungen im Verlauf der therapeutischen Veränderungsarbeit. Die Klienten sollen dadurch verstärkt angeregt werden, die Zeit zwischen den Therapiesitzungen für neue Erfahrungen mit problematischen Situationen auszunutzen.

4.5.2 Das Verhaltenstrainingsprogramm

Art und Weise der Problemdefinition und die wichtigsten Techniken des Verhaltenstrainings wurden im zweiten Kapitel bereits ausführlich beschrieben. Nachdem das für die vorliegende Untersuchung erstellte Trainingsprogramm (NOLDE & SENSKE 1979) sehr eng an diese methodischen Vorgaben angelehnt ist, wird auf Einzelheiten hier nicht mehr eingegangen.

Kernstück der therapeutischen Veränderungsarbeit bildet im vorliegenden Programm die *praktische Verhaltensübung* - innerhalb der Therapiegruppe und nachfolgend als Hausaufgabe in Realsituationen. Regelmäßig werden als unterstützende Maßnahmen Instruktionsvorgabe und Rückmeldung eingesetzt, während Modellvorgabe nur in Ausnahmen durchgeführt wird. Von daher gestaltet sich der *grundlegende Ablauf einer Verhaltensübungseinheit* immer folgendermaßen:

Der Klient entscheidet, an welchem Problem er in der Sitzung arbeiten will. Dafür wird eine konkrete Beispielsituation herausgearbeitet, die für den Klienten im Moment besonders relevant ist, wobei auf *ausreichende Übungsmöglichkeiten* im Alltag geachtet wird, also möglichst keine einmaligen Ereignisse gewählt werden.

Unter Hilfestellung des Therapeuten und der anderen Teilnehmer definiert der Klient für sich ein konkretes Verhaltensziel, das er in dieser Situation verwirklichen will. Die Betonung liegt auf Zielen für das *eigene* Verhalten, nicht auf Wunschvorstellungen, wie der Interaktionspartner reagieren sollte, so daß Erfolg nicht mehr nur von Umweltreaktionen abhängig gemacht wird.

Vor Beginn der eigentlichen Verhaltensübung faßt der Therapeut als Instruktion noch einmal präzise zusammen, welche speziellen Verhaltensfertigkeiten der Klient verwirklichen will, und wie der Interaktionspartner, einer der anderen Teilnehmer, sich verhalten soll. Die übrigen Gruppenmitglieder werden aufgefordert, zu beobachten, wie angemessen der Klient seine Vorhaben umsetzt.

Nach der Übungssequenz erfolgt eine *gezielte Rückmeldung* entlang der definierten Verhaltensziele des Klienten, wobei zuerst der Klient sich selbst einschätzt, dann Gruppenmitglieder und Therapeut Rückmeldung geben. Der Therapeut achtet auf

Einhaltung einer konstruktiven, handlungsanleitenden Form der Rückmeldung.

Am Ende der Übungseinheit wird mit dem Klienten eine passende Hausaufgabe abgesprochen, die in den einzelnen Durchführungsmodalitäten möglichst konkret festgelegt wird, so daß die Erfolgskriterien der in-vivo-Übung klar definiert sind. Zur Vergrößerung der Übungsmöglichkeiten wird nicht nur eine spezielle Situation definiert, die der Klient im Alltag aufsuchen soll, sondern auch zusätzlich eine situationsübergreifende Übung einzelner Verhaltensfertigkeiten abgesprochen. Zusätzlich werden alle problembezogenen Situationen während der Woche protokolliert (NOLDE & SENSKE, Anhang 1).

Der *Gesamtaufbau des Trainings* ist nach dem Prinzip des allmählich steigenden Schwierigkeitsgrades ausgerichtet. Sowohl in den Verhaltensübungen als auch in den Hausaufgaben werden die Verhaltensanforderungen kontinuierlich erhöht, im Sinne einer sukzessiven Annäherung an komplexe Probleme. So werden in der ersten Hälfte des Trainings vorwiegend nonverbale und paraverbale Verhaltensfertigkeiten eingeübt und in der zweiten Hälfte die komplexeren verbalen Fertigkeiten des Kontakt- bzw. Kritikverhaltens. Konkrete Höhe und Steigerung der Anforderung richten sich jeweils nach dem individuellen Bewältigungsstand des Klienten.

Überblickartig werden im folgenden die wesentlichen Ziele, die wichtigsten therapeutischen Einheiten und Arbeitsschwerpunkte jeder Sitzung dargestellt. Für spezielle Einzelheiten wird auf die Diplomarbeit von NOLDE & SENSKE (1979) und auf das zugehörige Therapiemanual in der Diplomarbeit von KRAEMER & SCHUMACHER (1980) verwiesen.

Die *erste Sitzung* verfolgt hauptsächlich zwei Ziele:

- Zum einen soll sich die Gruppe untereinander kennenlernen;
- zum anderen soll eine gemeinsame Arbeitsgrundlage im Sinne des Verhaltenstrainings geschaffen werden.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Gruppenübung zum Kennenlernen*

Diese Übung soll die Anwärmphase gestalten und ein kommunikatives Gruppenklima initiieren.

- *Besprechung der Trainingsform und -organisation*

Die Funktion dieser Einheit ist ein Transparentmachen der Arbeitsweise und wichtigsten theoretischen Hintergründe des Verhaltenstrainings, um einerseits mögliche Ängste über die kommenden Anforderungen verringern zu können und andererseits nicht-erfüllbare Erwartungen frühzeitig erkennen und korrigieren zu können. Zusätzlich werden notwendige Regeln der Zusammenarbeit in der Gruppe besprochen.

- *Präzisierung der individuellen Probleme und Ziele*

Auf der Basis der vorher besprochenen Konzeption wird mit dem einzelnen Klienten konkretisiert, worin er seine hauptsächlichsten Schwierigkeiten (im Problemschwerpunkt 'Kontakt' bzw. 'Kritik') sieht, und welche Ziele sich daraus für die Therapie ableiten lassen. Es soll versucht werden, Problemlage und Ziele so weit wie möglich schon an konkreten Verhaltensweisen in Situationen festzumachen.

Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit in der ersten Sitzung sind also einerseits Maßnahmen zum Aufbau eines förderlichen Gruppenklimas und andererseits die Vermittlung erster Erfahrungen damit, wie im Verhaltenstraining die Behandlung von zwischenmenschlichen Problemen angegangen wird.

Die Ziele der *zweiten Sitzung* bestehen im Aufbau eines gemeinsamen Konzepts von Selbstsicherheit und in der Vermittlung erster Erfahrungen mit der Arbeitsform der Verhaltensübung.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Abgrenzung von selbstsicherem gegenüber unsicherem und aggressivem Verhalten*

In einer strukturierten Gruppendiskussion wird herausgearbeitet, woran jeder Teilnehmer für sich festmacht, wann er ein Verhalten als selbstsicher, unsicher oder aggressiv einordnet. Betont werden die langfristigen Effekte des eigenen Verhaltens für die Beziehung zum Interaktionspartner, um klar zwischen selbstsicherem und aggressivem Verhalten zu trennen (Arbeitsmaterialien siehe NOLDE & SENSKE, S. 88ff).

- *Erläuterung der einzelnen Verhaltensfertigkeiten*

Als wichtigsten nonverbalen und paraverbalen Komponenten wurden Mimik, Gestik, Blickkontakt, Körperhaltung, Stimmodulation, Lautstärke und Ich-Gebrauch angesehen. (Zu den verbalen Fertigkeiten positiver bzw. negativer Selbstsicherheit siehe Abschn. 4.1 zur Beschreibung der Probleminhalte.) Funktion dieser Erläuterungen ist eine Differenzierung der verschiedenen Anteile situationsangemessenen Verhaltens.

- *Individuelle Verhaltensübung*

Aus den Protokollbögen wird für jeden Klienten eine Übungssituation mit niedrigem Schwierigkeitsgrad abgeleitet. Als spezielles Verhaltensziel wird eine der nonverbalen und paraverbalen Fertigkeiten ausgewählt, die der Klient relativ leicht verwirklichen kann, um die erste Erfahrung mit der Verhaltensübung möglichst positiv für den einzelnen zu gestalten. (Zur Durchführung der Übungseinheit und Ableitung der Hausaufgaben s. o. .)

Die therapeutischen Schwerpunkte der Sitzung liegen somit zum einen in der Vermittlung einer verhaltensorientierten Sichtweise von Selbstsicherheit und zum anderen in der Einleitung erster Verhaltensänderungen.

Ziel der *dritten Sitzung* ist eine Fortführung der individuellen Problemarbeit unter besonderer Berücksichtigung relevanter Situationsdeterminanten für das eigene Verhalten.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Aufarbeitung der in-vivo-Übungen*

Beispielhaft für alle folgenden Sitzungen wird kurz das Prinzip der Hausaufgabenbesprechung im Verhaltenstraining umrissen. Mit jedem Klienten wird jeweils ein Beispiel für eine besonders erfolgreiche Durchführung des angestrebten Verhaltens und für eine noch nicht erfolgreiche Umsetzung durchgesprochen. Über positive Verstärkung durch Therapeuten und Gruppenmitglieder sollen die ersten konkreten Fortschritte der Verhaltensänderung bewußt gemacht werden, um die Motivation zur weiteren Arbeit zu erhöhen. Die negative Erfahrung wird speziell dahingehend ausgewertet, welche Bedingungen die Verhaltensdurchführung erschwert haben und welche Verhaltensaspekte noch zu verändern sind, woraus weitere Übungen abgeleitet werden. Durch intensives Aufarbeiten der Mißerfolge sollen Vermeidungsverhalten und Entmutigung aufgefangen werden, um die notwendige Bereitschaft zu weiterem Üben aufrechtzuerhalten.

- *Erstellung individueller Hierarchien
problematischer Situationsbedingungen*

Mit jedem Klienten wird herausgearbeitet (in Form einer informellen Schwierigkeitshierarchie), welche einzelnen Aspekte einer Situation es ihm leichter oder schwerer machen, sich selbstsicher zu verhalten. Der Einzelne soll dadurch für die persönlich relevanten Schlüsselreize sensibilisiert werden. Entlang dieser Hierarchien kann die Angemessenheit des Schwierigkeitsgrades zudem in den folgenden Übungen besser eingeschätzt werden.

- *Individuelle Verhaltensübungen*

An Situationen mit relativ leichten Bedingungen werden einfachere Verhaltensfertigkeiten weiter trainiert (Durchführung und Hausaufgaben siehe oben).

Neben dem weiteren Ausbau individueller Verhaltensänderungen wird also in dieser Sitzung vor allem daran gearbeitet, die Klienten zu einer konstruktiven Auswertung ihrer Erfahrungen mit neuem Verhalten im Alltag anzuleiten und relevante Bedingungen für das eigene Verhalten zu identifizieren.

Ziel der *vierten Sitzung* ist eine Intensivierung der Problem-
arbeit an komplexeren Übungssituationen, die ein flexibles
Abstimmen des eigenen Verhaltens auf unterschiedliche Um-
weltreaktionen verlangen.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der in-vivo-Übungen*

(Hausaufgabenbesprechung s. o.)

- *Abstimmung des eigenen Verhaltens auf
unterschiedliche Schwierigkeitsgrade*

Mit jedem Klienten wird eine persönliche Problemsituation in drei verschiedenen Schwierigkeitsstufen bearbeitet. Funktion dieser Übung ist eine Vorbereitung auf schwierigere Alltagssituationen, in denen der Interaktionspartner nicht direkt auf das Anliegen des Klienten eingeht (Hausaufgabenfestlegung s. o.).

Die therapeutische Arbeit in dieser Sitzung besteht also
schwerpunktmäßig in individueller Verhaltensausformung, um

eine flexible qualitative und quantitative Anpassung des Verhaltens auf den Interaktionsverlauf zu vermitteln.

Ziel der *fünften Sitzung* ist ein verstärktes Einüben der verschiedenen verbalen Fertigkeiten von Kritik- bzw. Kontaktverhalten.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der in-vivo-Übungen*

(Hausaufgabenbesprechung s. o.)

- *Einführung in die Inhalte der verbalen Fertigkeiten*

Die Therapeuten erläutern die wichtigsten Aspekte der einzelnen Fertigkeiten. Dabei wird besonders der Zusammenhang von verbalem Inhalt und non-verbalem Ausdrucksverhalten hervorgehoben.

(Siehe die Darstellung der Teilbereiche von Kritik- und Kontaktverhalten in Abschn. 4.1 .)

- *Individuelles Einüben verbaler Fertigkeiten*

Jeder Klient übt schwerpunktmäßig dasjenige verbale Verhaltensmuster, das ihm derzeit noch größere Schwierigkeiten bereitet. Dieses Einüben erfolgt - wenn eben möglich - im Hier-und-Jetzt der Gruppeninteraktion, um die Trainingsbedingungen komplexer zu gestalten und noch stärker an Realsituationen anzunähern (Ableiten der Hausaufgaben s. o.).

Den therapeutischen Schwerpunkt dieser Sitzung stellt die Vermittlung und Ausformung der komplexen Koordinierung von verbalem, nonverbalem und paraverbalem Verhalten unter Einbezug aktueller Gruppeninteraktionen dar.

Das Ziel der *sechsten Stunde* besteht im wesentlichen darin, die Klienten durch theoretische Auseinandersetzung und praktisches Einüben auf Problemsituationen mit hohem Schwierigkeitsgrad vorzubereiten.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der in-vivo-Übungen*
(Hausaufgabenbesprechung s. o.)

- *Auseinandersetzung mit den kurz- und langfristigen Konsequenzen selbstsicheren Verhaltens*

In einer strukturierten Gruppendiskussion wird unter Einbezug bisheriger persönlicher Erfahrungen aus den vergangenen Übungen herausgearbeitet, wie sich die Angemessenheit selbstsicheren Verhaltens aus langfristigen Konsequenzen für soziale Beziehungen bestimmen läßt. Im Hinblick auf die anschließende Arbeit an sehr komplexen Problemen wird zum einen deutlich gemacht, daß selbstsicheres Verhalten sich oft erst in einer langfristigen Perspektive für Beziehungen positiv auszahlt und daß kurzfristig auch mit negativen Konsequenzen gerechnet werden muß. Zum anderen wird auf Grenzfälle eingegangen, in denen ein freiwilliger Verzicht auf selbstsicheres Einbringen der eigenen Rechte angezeigt ist, um größere negative Konsequenzen für sich und andere auszuschalten (z. B. in beruflichen Situationen).

- *Individuelle Bearbeitung sehr komplexer Probleme*
(Verhaltensübung s. o.)

Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit in dieser Sitzung ist eine umfassende und intensive Einübung von komplexen Verhaltensmustern in sehr schwierigen Situationen einschließlich einer Vorbereitung auf mögliche negative Umweltreaktionen.

Die *siebte Sitzung* zielt darauf ab, die Bearbeitung sehr schwieriger Problemsituationen weiter zu intensivieren und dabei speziell den Umgang mit negativen Reaktionen des Interaktionspartners zu vermitteln.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der bisherigen Erfahrungen mit sehr schwierigen Situationen*

Besonderer Wert wird in dieser Hausaufgabenbesprechung auf die Aufarbeitung von Mißerfolgserlebnissen gelegt, um dafür weitere Verhaltensübungen gestalten zu können.

- *Individuelle Bearbeitung sehr komplexer Probleme*

Vor allem werden verschiedene Möglichkeiten eingeübt, wie der Klient sich bei negativen Reaktionen des anderen verhalten kann.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit besteht darin, den Klienten konkrete Erfahrungen in der Verhaltensübung zu vermitteln, wie sie auch mit unangenehmen Reaktionen des anderen selbstsicher umgehen können.

Die Ziele der *achten Sitzung* bestehen zum einen in einer Bilanz der bisher erreichten Veränderungen und zum anderen im Herausarbeiten individueller Ziele und Strategien zur weiteren selbständigen Arbeit.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der Übungserfahrungen im Alltag*

(Wenn nötig werden noch kurze Übungssequenzen an die Hausaufgabenbesprechung angefügt.)

- *Bilanz der eigenen Fortschritte*

Jeder Klient schildert, welche Kompetenzen er für sich schon erreicht hat; anschließend geben die Teilnehmer und Therapeuten Rückmeldung. Das Ziel der Übung besteht darin, sich differenziert bewußt zu machen, in welchen konkreten Bereichen erfolgreiche Veränderungen durchgeführt werden konnten.

- *Erarbeitung von Strategien zur weiteren Arbeit*

Mit jedem Klienten wird erarbeitet, mit welchen Verhaltensstrategien er an die Bewältigung zukünftiger Probleme herangehen kann.

- *Abschließende Rückmeldung für Gruppe und Therapeuten*

In einem informellen Gespräch sollen Teilnehmer und Therapeuten die Möglichkeit haben, mitzuteilen, wie sie sich und die anderen in der Gruppenarbeit erlebt haben.

Arbeitsschwerpunkt dieser Sitzung sind Maßnahmen, die den Klienten vermitteln, wie sie die erreichten Verhaltensänderungen stabilisieren und auf weitere Situationen selbständig ausdehnen können.

4.5.3 Das RET-Trainingsprogramm

Die grundlegenden diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen der RET wurden bereits im zweiten Kapitel ausführlich dargestellt. Auf der Basis der beschriebenen methodischen Vorgaben ist das für die Untersuchung entwickelte Trainingsprogramm (KRAEMER & SCHLEINER 1979) speziell darum bemüht, diese sehr komplexe Form der Problemarbeit möglichst transparent für den Klienten in eine strukturierte Systematik zu bringen.

Das oberste Ziel der Arbeit besteht in einer exemplarischen Vermittlung, wie unangemessene Bewertungen verändert werden können. Von daher wird sehr viel Wert auf Transparenz und Systematik gelegt, um den Klienten möglichst viele Hilfen zur eigenständigen Arbeit zu geben.

Wichtigstes Therapieelement des Programms sind Maßnahmen der *kognitiven Umstrukturierung*, die in einigen Sitzungen durch erlebnisaktivierende Übungen in der Gruppe und kontinuierlich durch Hausaufgaben in Realsituationen unterstützt werden. Im Sinne der angestrebten Systematik wird das Vorgehen der kognitiven Umstrukturierung in *vier separate Schritte* übersetzt, die den grundlegenden Ablauf der Problemarbeit folgendermaßen strukturieren:

Der erste Arbeitsschritt besteht im *ERKENNEN* der unangemessenen Bewertungen und ist somit Bestandteil der Problemdefinition, wobei vorab der Klient entscheidet, an welcher Situation er in der jeweiligen Sitzung arbeiten will. Um die funktionale Bedeutung der Bewertungen stärker zu verdeutlichen, werden die Bezeichnungen "irrational versus rational" durch "hemmend versus fördernd" und "unangemessen versus angemessen" ersetzt. Als weitere Hilfsmittel zur Identifikation unangemessener Bewertungen werden die BECKschen Kategorien falscher Denkstile einbezogen (BECK & GREENBERG 1979).

Im zweiten Schritt erfolgt das *ÜBERPRÜFEN* der Bewertungen auf ihre Situations- bzw. Realitätsangemessenheit hin, wobei stärker induktive als deduktive Disputationsstrategien eingesetzt werden. Die Überprüfungsphase wird erst dann als beendet betrachtet, wenn der Klient selbst die Unangemessenheit seiner Bewertung erkennt und versteht.

Der nächste Schritt besteht im *UMFORMULIEREN* der bisherigen unangemessenen Bewertung in eine neue angemessene Bewertung. Besonderer Wert wird darauf gelegt, daß der Klient diese realistische Neubewertung in seiner eigenen inneren Sprache formuliert.

Der vierte Arbeitsschritt, *ANWENDEN* der Neubewertung in Real-situationen, ist Bestandteil der Hausaufgaben, zu deren Durchführung mit dem Klienten eine Reihe von Alltagssituationen (mit entsprechendem Schwierigkeitsgrad) abgesprochen werden, in die er sich selbstsicher einbringen will. Die Art der Übungssituationen leitet sich aus dem Inhalt der vorangegangenen Problemarbeit ab. Als Erfolgskriterium wird dabei betont, daß es in erster Linie darauf ankommt, die problematischen Alltagssituationen unter bewußtem Einsatz der angemessenen Neubewertung aufzusuchen und sich dann den eigenen Zielen entsprechend darin zu verhalten, nicht aber, daß die Umwelt in jedem Fall positiv reagiert. Zusätzlich führen die Klienten zwischen den Sitzungen Protokoll über problembezogene Situationen (KRAEMER & SCHLEINER, S. 180 im Anhang).

Der *Gesamtaufbau des Trainings* ist nach dem Prinzip des *steigenden Schwierigkeitsgrades* gestaltet, wobei gegen Ende des Trainings zunehmend mehr Eigenständigkeit in der kognitiven Umstrukturierung vom Klienten verlangt wird. Die konkreten Inhalte und die Steigerung der Anforderungen werden auf die persönlichen Bedingungen jedes Klienten individuell abgestimmt.

Analog zum Verhaltenstrainingsprogramm wird im folgenden ein Überblick über die wesentlichen Ziele, therapeutische Einheiten und Arbeitsschwerpunkte jeder Sitzung gegeben. Für spezielle Einzelheiten wird auf die Diplomarbeit von KRAEMER & SCHLEINER (1979) und auf das zugehörige Therapiemanual in der Arbeit von KRAEMER & SCHUMACHER (1980) verwiesen.

Die *erste Sitzung* hat im wesentlichen zwei Ziele: Zum einen das Kennenlernen der Gruppenmitglieder und Therapeuten, zum anderen den Aufbau eines gemeinsamen Arbeitskonzepts im Sinne der rational-emotiven Problemsicht.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Gruppenübung zur Sensibilisierung für den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen*

Aufgrund ihres besonderen Inhalts muß diese Übung noch vor der Kennenlern-Phase durchgeführt werden (zu den Instruktionen siehe KRAEMER & SCHLEINER, S. 116ff; KRAEMER & SCHUMACHER, S. 163ff). Ihre Funktion besteht darin, den Klienten im Hier-und-Jetzt der Gruppe erste, bewußte Erfahrungen mit der steuernden Funktion von Gedanken für Gefühle und Körperempfindungen zu vermitteln. Anhand der Übung wird anschließend ein erster Einblick in das Problemverständnis der RET gegeben.

- *Gruppenübung zum Kennenlernen*

Neben der Beschreibung von persönlichen Daten geht diese Übung auch auf die Schwierigkeiten des Einzelnen ein, so daß damit sowohl Maßnahmen zum Aufbau eines förderlichen Gruppenklimas als auch schon erste Konkretisierungen der individuellen Problemstellungen und Therapieerwartungen geleistet werden.

- *Besprechung der Trainingsgrundlagen und -organisation*

Die Funktion dieser Erklärungen besteht darin, den Klienten sowohl vom organisatorischen Rahmen als auch vom theoretischen Hintergrund der RET her deutlich zu machen, wie die Problemarbeit in den kommenden Sitzungen aussehen wird. Damit sollen einerseits Unsicherheiten über zukünftige Anforderungen verringert werden, andererseits nicht-erfüllbare Erwartungen frühzeitig korrigiert werden. Unter Rückgriff auf die individuellen Erfahrungen in der Einstiegsübung wird besonderes Gewicht darauf gelegt, die gedankliche Vermittlung von Gefühlen und Verhalten einsichtig zu machen.

Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit sind auf der einen Seite Interventionen, die Vertrauen und Offenheit in der Gruppe fördern sollen, auf der anderen Seite die theoretische und praktische Vermittlung, wie Probleme nach dem A-B-C-Modell aufgeschlüsselt werden.

Die Ziele der *zweiten Sitzung* bestehen im Aufbau eines gemeinsamen Konzepts von Selbstsicherheit und in einer weiteren Präzisierung von Ist- und Soll-Zustand mit jedem einzelnen Klienten.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Abgrenzung von Selbstsicherheit gegenüber Unsicherheit und Aggressivität*

Die Therapeuten erläutern das "Konzept der Rechte" (LANGE & JAKUBOWSKI 1976) und verdeutlichen daran die Abgrenzung zu Unsicherheit und Aggressivität. In der Diskussion dieses Konzepts wird besonderes Gewicht darauf gelegt, den Zusammenhang zwischen angemessenen bzw. unangemessenen Bewertungen und Wahrnehmung der Rechte in selbstsicherer Form herauszuarbeiten.

- *Individuelle Problemarbeit zur Konkretisierung des Ist-Zustandes*

Mit dem Einzelnen wird herausgearbeitet, welche Rechte er derzeit schon im persönlichen Alltag für sich in Anspruch nimmt. Dadurch soll eine Art Bilanz gezogen werden, auf welcher Ausgangsbasis der Einzelne für die kommende Problemarbeit aufbauen kann. Gleichzeitig soll der Klient dadurch für sich differenzieren lernen, in welchen Bereichen er schon Selbstsicherheit verwirklichen kann und in welchen Bereichen er sich noch verändern möchte.

- *Konkretisierung der persönlichen Therapieziele*

Aufgrund der vorherigen Bestimmung des Ist-Zustandes formuliert jeder Klient für sich - möglichst anhand von Alltagsbeispielen - konkrete Ziele, wobei die Therapeuten besonders auf die Realisierbarkeit der Ansprüche achten.

Die therapeutischen Schwerpunkte der Sitzung liegen zum einen in der Vermittlung eines gemeinsamen Begriffssystems für die Einschätzung eigenen Verhaltens als auch in der Ableitung individueller realisierbarer Veränderungsziele.

Die *dritte Sitzung* zielt hauptsächlich darauf ab, erste praktische Erfahrungen mit dem Prinzip der kognitiven Umstrukturierung zu vermitteln.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung von Alltagserfahrungen mit dem Bewußtmachen innerer Bewertungen*

An Beispielsituationen aus den persönlichen Protokollbögen wird mit jedem Klienten die Differenzierung zwischen hemmenden und fördernden Bewertungen vertieft, um daran noch einmal individuell zu verdeutlichen, welche Funktion positive Selbstverbalisationen für die Verwirklichung selbstsicheren Verhaltens haben.

- *Individuelle Problemarbeit*

Aus den Protokollbögen wird für jeden Klienten eine Übungssituation mit niedrigem Schwierigkeitsgrad abgeleitet, um die erste Erfahrung mit der kognitiven Umstrukturierung möglichst erfolgreich für den Einzelnen zu gestalten.

(Zur Durchführung der kognitiven Umstrukturierung und Ableitung von in-vivo-Übungen s. o. .)

Therapeutische Schwerpunkte der Sitzung sind das Transparentmachen der einzelnen Schritte kognitiver Problemarbeit und die Einleitung erster individueller Veränderungen.

Ziel der *vierten Sitzung* ist eine Intensivierung der praktischen Problemarbeit unter besonderer Berücksichtigung aktueller Gruppenerfahrungen.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der in-vivo-Übungen*

Beispielhaft für die folgenden Sitzungen werden kurz die wichtigsten Elemente der Hausaufgabenbesprechung im RET-Training erläutert. Mit jedem Klienten wird eine positive und eine negative Erfahrung mit der Anwendung der fördernden Neubewertung in problematischen Alltagssituationen durchgesprochen. Mit Unterstützung von Therapeuten und Gruppenmitgliedern werden zum einen die ersten erfolgreichen Ansätze zur Veränderung des inneren Dialogs in Problemsituationen detailliert herausgearbeitet, zum anderen

wird die negative Erfahrung speziell danach ausgewertet, welche inneren und äußeren Bedingungen den Klienten behindert haben und wie er daran weiterarbeiten will. Die intensive Auseinandersetzung mit Mißerfolgserlebnissen soll im wesentlichen Entmutigung und Vermeidung verhindern, indem die Klienten dazu angeleitet werden, auch mit negativen Erfahrungen konstruktiv umzugehen.

- *Hier-und-Jetzt-Übung zum Überprüfen von Befürchtungen*

(Zu den genauen Übungsinstruktionen siehe KRAEMER & SCHUMACHER, S. 201ff.) Als erstes sollen die Klienten lernen, sich ihre oftmals diffusen Befürchtungen über Reaktionen der anderen auf das "Offenbaren" eigener - meist als peinlich empfundener - Schwächen konkret bewußt zu machen. In der Folge wird der Einzelne dann angeleitet, seine Befürchtungen an den Reaktionen der Gruppenmitglieder auf ihre Realitätsangemessenheit hin zu überprüfen. Ziel der Übung ist dabei nicht, die Klienten davon zu überzeugen, daß ihre Befürchtungen grundsätzlich unrealistisch und unbegründet sind. Vielmehr soll vermittelt werden, daß Umweltreaktionen meist nicht eindimensional negativ oder positiv sind, und daß negative Rückmeldungen nicht realitätsangemessen als unerträglich oder katastrophal bewertet werden können.

Die therapeutische Arbeit dieser Sitzung besteht schwerpunktmäßig darin, mit den Klienten individuelle Bewältigungsmöglichkeiten für den Umgang mit gefürchteten Umweltreaktionen herauszuarbeiten, d. h. Neubewertungen zu erarbeiten, mittels derer auch Situationen mit größerem Risiko bewußt aufgesucht werden können.

Das Ziel der *fünften Sitzung* besteht in einer Fortführung der individuellen Problemarbeit, wobei die Klienten erstmals zu mehr Eigenständigkeit in der Methode des Umstrukturierens angeleitet werden.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der in-vivo-Übungen*
(Hausaufgabenbesprechung s. o.)

- *Individuelle Problemarbeit*

Im Rollenspiel wird eine individuelle Problemsituation von mittlerem Schwierigkeitsgrad simuliert, wobei die Aufgabe des Klienten darin besteht, in der aktuellen Situation die vier Schritte (s. o.) der kognitiven Umstrukturierung durchzuführen, indem er sozusagen "laut" denkt. Funktion dieser Art von Problemarbeit ist eine Vorbereitung auf kommende Belastungssituationen im Alltag, in denen der Klient in der Lage sein muß, in der aktuellen Interaktion selbständig unangemessene Bewertungen erkennen und verändern zu können.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit besteht also darin, den Klienten Hilfestellungen und Strategien zu vermitteln, wie sie die Methode des Umstrukturierens selbständig und flexibel in belastenden Situationen aktuell einsetzen können.

Die Ziele der *sechsten Sitzung* bestehen zum einen darin, in einer Zwischenbilanz festzustellen, was der Einzelne im Hinblick auf seine angestrebten Ziele schon erreicht hat, und zum anderen in der Fortführung der Problemarbeit bei schwierigeren, komplexeren Situationen.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der in-vivo-Erfahrungen*

(Hausaufgabenbesprechung s. o.) Hier wird besonderer Wert darauf gelegt, wie die Klienten selbständig mit dem Umstrukturieren unangemessener Bewertungen zurechtgekommen sind.

- *Bilanz der eigenen Fortschritte und Planung der weiteren Arbeit*

Die Funktion dieser Bilanz besteht darin, daß jeder Klient sich seinen derzeitigen Problembewältigungsstand bewußt macht und daraus konkrete Perspektiven für seine weitere Arbeit ableitet.

- *Individuelle Problemarbeit*

Entsprechend der vorher formulierten Zielperspektive bearbeitet jeder Klient eine Problemsituation mit hohem Schwierigkeitsgrad, wobei die Therapeuten wiederum hauptsächlich strukturierende Anleitungen geben, die inhaltliche Umstrukturierungsarbeit aber wesentlich der Eigenverantwortung des Klienten überlassen.

Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit dieser Sitzung ist wiederum die Anleitung der Klienten zum selbständigen Durchführen der kognitiven Umstrukturierung.

Ziel der *siebten Sitzung* ist eine möglichst realitätsnahe Vorbereitung auf sehr schwierige Situationen, in denen im besonderen Maße auch negative Umweltreaktionen einkalkuliert werden müssen.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der in-vivo-Übungen*

(Hausaufgabenbesprechung s. o.)

- *Individuelle Problemarbeit*

Besonderer Wert wird darauf gelegt, daß die Klienten auch negative Umweltreaktionen realitätsangemessen, d. h. nicht selbstschädigend, bewerten lernen (zur Durchführung der Umstrukturierung s. o.).

- *Übung zum konstruktiven Umgang mit sozialer Rückmeldung*

In einer Hier-und-Jetzt-Übung setzt sich jeder Klient mit positiven und negativen Rückmeldungen der anderen Gruppenteilnehmer auseinander (zu den Instruktionen siehe KRAEMER & SCHLEINER, S. 169ff). Ziel der Auseinandersetzung soll sein, daß der Einzelne für sich herausarbeitet, wie er konstruktiv mit sozialer Rückmeldung umgehen kann; dabei wird besonders der Unterschied zwischen der Bewertung einzelner Eigenschaften oder Verhaltensweisen und der Bewertung der gesamten Person betont.

Somit besteht der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit in der Vermittlung von kognitiven Bewältigungsstrategien zum Umgang mit negativen Reaktionen des Interaktionspartners.

Die *achte Sitzung* zielt im wesentlichen darauf ab, mit den Klienten individuelle Ziele und Strategien zur eigenständigen Weiterarbeit zu entwickeln.

Die wichtigsten therapeutischen Einheiten:

- *Auswertung der in-vivo-Übungen*

(Hausaufgabenbesprechung s. o.)

- *Entwicklung individueller Strategien*

Ausgehend von einer Rückschau der erreichten Fortschritte werden noch vorhandene Änderungsziele konkretisiert und mit dem Einzelnen Möglichkeiten zu ihrer Realisierung herausgearbeitet.

- *Abschließende Rückmeldung für Gruppe und Therapeuten*

In einem informellen Gespräch geben Teilnehmer und Therapeuten Rückmeldung, was sie als positiv und negativ in der gemeinsamen Gruppenarbeit empfunden haben.

Arbeitsschwerpunkt dieser Sitzung ist die Vermittlung von Strategien - im Sinne von Hilfen zur Selbsthilfe - zur Stabilisierung und Generalisierung der erreichten Veränderungen auf kommende Problemsituationen.

5 ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG

Das folgende Kapitel behandelt eingangs einige grundlegende Probleme, die sich bei der Auswertung der erhobenen Daten stellten. Ausführlich werden dann die verschiedenen *statistischen Möglichkeiten zur Überprüfung der einzelnen Untersuchungsfragen* diskutiert. Daran anschließend erfolgt als Schwerpunkt dieses Kapitels die *Darstellung der Einzelergebnisse* zu den verschiedenen Fragestellungen.

5.1 Planung und Probleme der Datenauswertung

Dieser Abschnitt geht im ersten Teil auf *allgemeine Fragen und Probleme in der Struktur der Daten* und eine angemessene Auswertungsmethodik ein. Im Anschluß daran werden die *speziellen Probleme in der Auswahl geeigneter Prüfverfahren* für die einzelnen Fragestellungen erörtert.

5.1.1 Univariater versus multivariater Ansatz

Angesichts der relativ umfangreichen Zahl an Veränderungsvariablen (insgesamt 26 abhängige Variablen) wurde als erstes überlegt, ob die Anwendung einer multivariaten Auswertungsmethodik möglich sein könnte und ob dadurch eine sinnvolle Reduktion oder Kategorisierung der Daten erreicht werden könnte.

Gegen dieses Vorgehen und für eine univariate Auswertung, bei der *Veränderungen auf den verschiedenen Variablen* getrennt betrachtet werden, sprachen methodische und inhaltliche Gründe:

In methodischer Hinsicht erschien die Anwendung multivariater Verfahren (z. B. der Faktorenanalyse) zweifelhaft auf-

grund des noch zu geringen Stichprobenumfangs (speziell in den Unterstichproben) und des damit verbundenen ungünstigen Verhältnisses von Variablen und Versuchspersonen. Hier wäre mit einem erheblichen Meßfehleranteil zu rechnen gewesen (vgl. BENNETT & BOWERS 1977).

Das ausschlaggebendere Argument gegen eine multivariate Auswertung war aus inhaltlicher Sicht heraus die Tatsache, daß das empirisch abgesicherte Wissen über die Struktur und den Zusammenhang therapeutischer Effekte im SST derzeit noch zu gering ist. Von daher wäre es problematisch geworden, die Bedeutsamkeit einer gegebenen faktoriellen Struktur von Effekten einschätzen zu können oder kombinierte Erfolgskriterien zu bilden. Deshalb erschien es inhaltlich angebrachter, durch univariate Methoden *ein möglichst differenziertes Bild der therapeutischen Effekte* zu erfassen (vgl. BOMMERT 1981).

(Die Bedeutsamkeit statistischer Signifikanzen ist dann an der Zahl der Untersuchungsvariablen und an inhaltlichen Fragen zu relativieren, um die therapeutische Wirksamkeit einer Methode nicht zu überschätzen.)

5.1.2 Probleme der Veränderungsmessung

Des weiteren wurde davon ausgegangen, daß die Effekte einer Behandlung am besten und anschaulichsten dadurch erfaßt werden, daß man für jeden Klienten auf jeder abhängigen Variablen individuelle Veränderungswerte zwischen den verschiedenen Meßzeitpunkten bildet. (Ausnahme ist hier der VEV, der bereits in Veränderungsaussagen formuliert ist.)

Bei den offensichtlichen Vorteilen individueller Veränderungswerte dürfen aber auch zwei problematische Aspekte nicht übersehen werden; zum einen das *Reliabilitätsproblem* und zum anderen das Problem der *Regressionseffekte*:

In Kurzform besteht das *Reliabilitätsproblem* individueller Veränderungswerte darin, daß sie mit dem Fehleranteil bei der Meßzeitpunkte behaftet sind und daß im Hinblick auf Gleichheit der Meßinhalte eine hohe Korrelation zwischen beiden Messungen gefordert wird, wodurch aber zwangsläufig die Variation der individuellen Veränderungswerte eingeschränkt wird (vgl. BEREITER 1967, PLESSSEN 1979).

Ist das Meßinstrument unreliabel, sind auch die Veränderungswerte unreliabel. Je höher die Korrelation zwischen beiden Meßzeitpunkten, desto reliabler ist das Instrument (im Sinne zeitlicher Stabilität) bzw. desto sicherer kann man davon ausgehen, daß beide Male das Gleiche gemessen wird. Um so unreliabler sind aber gleichzeitig die individuellen Veränderungswerte, da dann die für eine angemessene Trennschärfe erforderliche Variation innerhalb der individuellen Veränderungen fehlt (HELMREICH 1977).

Die Bedeutsamkeit des Reliabilitätsproblems kann im Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch durch verschiedene Argumente entkräftet werden:

Zum ersten ist die Reliabilität eines Instruments nicht nur über die Korrelation zwischen zwei Testzeitpunkten definierbar, sondern kann gerade in Therapiefragebögen besser und sinnvoller über den Grad der *inneren Konsistenz* erfaßt werden.

Dann sollte aber nicht die Frage im Vordergrund stehen, ob das Instrument noch Gleiches mißt, wenn Individuen sich von erster zu zweiter Messung *unterschiedlich* verändern, sondern ob man solche Unterschiede in der Veränderung erfassen will oder lediglich am Endresultat einer Behandlung oder an gleichsinnigen Trendaussagen interessiert ist (BEREITER 1967, S. 13ff).

Gerade in Vergleichsuntersuchungen - wie der vorliegenden - besteht ein besonderes Interesse an interindividuellen Unterschieden in den Veränderungen. Ein sinnvolles Reliabilitätsmaß kann deshalb nur die innere Konsistenz sein. Bei den hier betroffenen Meßinhalten können m. E. auch keine bedeutsamen Lern- oder Übungseffekte auftreten, aufgrund derer die zweite Messung etwas gänzlich anderes erfassen würde als die erste (vgl. hierzu die andersartigen Bei-

spiele aus dem Leistungsbereich bei BEREITER 1967).

Es erscheint zumindest sehr plausibel, daß z. B. ein Selbstunsicherheitsitem für einen Klienten nach Therapieende keine qualitativ andere Bedeutung hat als vor Beginn der Therapie, außer eben, daß er es aufgrund der Behandlung jetzt als leichter oder schwerer einschätzt.

Das Problem der *Regressionseffekte* besteht in der Abhängigkeit einer Veränderung vom jeweiligen Eingangswert des Klienten; dieses Problem kann noch weiter in *natürliche* und *statistische* Regressionseffekte aufgeteilt werden.

Unter *natürlichen Regressionseffekten* wird die bei Meßwiederholung im allgemeinen feststellbare Regression zur Mitte verstanden. Als *statistische Regression* wird bezeichnet, daß bei extremen Eingangswerten auch die Richtung zufälliger Veränderungen eindeutig determiniert ist, daß Zufallsveränderungen also sozusagen "systematisch" werden (PETERMANN et al 1977). Zum Problem werden diese Zusammenhänge zwischen Veränderung und Eingangswert besonders dann, wenn man Bedingungen für Veränderung erklären will und Korrelationen zu Dritt-Varialen berechnet (LORD 1967, S. 23f).

Der Zusammenhang zwischen Eingangswert und Veränderung kann recht gut dadurch kontrolliert und ausgeglichen werden, daß man sogenannte *Regressionsabweichungswerte* (residuale Veränderungswerte nach LORD & MCNEMAR) berechnet, in denen unterschiedliche Eingangs- und Ausgangswerte über Partialkorrelationen statistisch konstant gehalten werden, und dadurch eine "wahre Veränderung" geschätzt wird.

In der vorliegenden Untersuchung wurden sowohl die einfachen numerischen Differenzwerte als auch Regressionsabweichungswerte berechnet. Letztere sind zwar nicht unbedingt wesentlich reliabler als einfache Differenzen und zudem sehr aufwendig in der Berechnung, haben aber den Vorteil, daß der einzelne Wert unerwünschte Regressionseffekte besser korrigieren kann. Deshalb zeigt sich der Vorteil der Regressionsabweichungswerte besonders dann, wenn einzelne Individuen oder kleinere Gruppen von Individuen miteinander verglichen werden und sich das Interesse mehr auf Variabilität als auf mittlere Trends in der Veränderung konzentriert. (Vgl. auch WILLIAMS & ZIMMERMAN (1982) zur Validität

beider Arten von Veränderungswerten in Abhängigkeit vom Verhältnis der Varianzen der Eingangs- und Ausgangswerte.)

Die statistische Auswertung wurde in der vorliegenden Untersuchung hauptsächlich anhand der Regressionsabweichungswerte vorgenommen. Beiderlei Veränderungswerte sind im Grunde unproblematisch, wenn größere Gruppen von Individuen miteinander verglichen werden (mit Ausnahme von Extremgruppenvergleichen). Hierbei werden in der Regel sowohl Meßfehler als auch Regressionseffekte ausgeglichen. In jedem Fall ist der Mittelwert beider Arten von Veränderungswerten gleich, lediglich die Varianz wird bei den Regressionsabweichungswerten etwas verringert.

5.1.3 Überprüfung der Verteilungsvoraussetzungen

Hierbei stand die Anwendbarkeit von parametrischen Verfahren zur Diskussion, wozu überprüft werden mußte, inwieweit von einer *Normalverteilung* der Daten ausgegangen werden kann. Zu dieser Überprüfung wurde der KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test für Anpassung an eine theoretische Verteilung eingesetzt, der speziell bei kleineren Stichproben schärfer als der ansonsten auch einsetzbare χ^2 -Test ist (SIEGEL 1976).

Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß diese Anpassungstests im Grunde keine eindeutige (positive) Bestätigung über das *Vorliegen* der theoretischen Verteilung zulassen. Vielmehr können sie nur (negativ) aussagen, daß keine bedeutsame *Abweichung* von der angenommenen Verteilung vorliegt. Die Nullhypothese beinhaltet ja, daß kein Unterschied zwischen der beobachteten und der theoretischen Verteilung besteht, was man in diesem Fall auch bestätigt haben "möchte". Von daher besteht hier der seltenere Fall, daß ein schärferes Signifikanzniveau die Ergebnisse zu den eigenen Gunsten verfälschen kann. Deshalb erschien es angemessener, von einem Signifikanzniveau von 10 % auszugehen und somit früher als üblich die Nullhypothese in Frage zu stellen.

Insgesamt waren nach diesem Kriterium die Daten in jeder der 5 Unterstichproben der Untersuchung überwiegend normalverteilt, sowohl was die Rohwerte als auch was die Veränderungswerte anbelangt. Ausnahmen zeigten sich bei einigen Veränderungswerten zwischen post- und follow-up-Messung,

was vorwiegend beim FPI der Fall war. Möglicherweise spielt hierbei eine Rolle, daß der FPI ursprünglich nicht gezielt als ein Instrument zur Erfassung therapiebedingter Veränderungen konstruiert worden war und u. U. auf feinere Veränderungen weniger sensibel reagiert.

Grundsätzlich kann man aber aufgrund der Tatsache, daß bei der deutlichen Mehrzahl der Variablen keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung vorliegt, davon ausgehen, daß die *Anwendung parametrischer Verfahren gerechtfertigt* ist. Zudem muß berücksichtigt werden, daß sich Abweichungen von der Normalverteilung nicht bei allen parametrischen Verfahren gleich bemerkbar machen. Sinnvoller ist es deshalb, im Einzelfall zu betrachten, welche Konsequenzen eine Abweichung von der Normalverteilung für die Auswertbarkeit der Ergebnisse hat. Darauf wird jeweils noch speziell bei den verschiedenen Prüfverfahren eingegangen.

5.1.4 Auswahl der Prüfverfahren für die einzelnen Fragestellungen

Zur Überprüfung der allgemeinen therapeutischen Effektivität von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung (erste Fragestellung) sollen die mittleren Veränderungen in den vier Behandlungsgruppen (VKR, VKO, KKR, KKO) mit den Veränderungen in der unbehandelten Kontrollgruppe verglichen werden. Durch den Vergleich zwischen jeder Behandlungsgruppe und KG soll die überzufällige Bedeutsamkeit der in den Therapiegruppen festgestellten Veränderungen abgesichert werden.

Als Überprüfungsverfahren kamen hierbei die *einfache Varianzanalyse* oder *t-Tests* für unabhängige Stichproben (CLAUSS & EBNER 1975) in Frage:

Beide Verfahren gehen von sehr ähnlichen Voraussetzungen aus, da der t-Test ein Spezialfall der einfachen Varianzanalyse mit

nur 2 Gruppen ist: Normalverteilung der Daten bei Zufallsstichproben; möglichst homogene Varianzen (zumindest bei der Varianzanalyse) und möglichst auch gleich große Stichproben (bei der Varianzanalyse ist die gleiche Zellenbesetzung allerdings wichtiger).

Normalerweise wird der wichtigste Vorteil der Varianzanalyse gegenüber einer Serie von t-Tests darin gesehen, daß sie mehrere Gruppen gleichzeitig miteinander vergleicht und dadurch die Gefahr zufälliger Signifikanzen reduziert (LINDMAN 1974, GUILFORD & FRUCHTER 1978). Weil es in der vorliegenden Untersuchung aber speziell um die Frage ging, ob die Veränderungen in der *einzelnen* Behandlungsgruppe jeweils größer als die Veränderungen in der KG waren (und nicht ob sich die Behandlungsgruppen *im Schnitt* mehr als die KG veränderten), wurde die Durchführung einzelner t-Tests für sinnvoller gehalten.

Diese t-Tests entsprechen den einzelnen geplanten Vergleichen zwischen zwei Gruppen, die bei der Varianzanalyse ebenfalls notwendig gewesen wären, um die spezielle Fragestellung zu überprüfen (LINDMAN 1974). Bei der Varianzanalyse wäre also die gleiche Anzahl an Signifikanzüberprüfungen vorzunehmen gewesen, so daß ihre Vorteile nicht zum Tragen gekommen wären. Das für den t-Test vorliegende Rechenprogramm war sowohl für homogene als auch für heterogene Varianzen eingerichtet. In den Ausnahmefällen, in denen keine Normalverteilung vorlag, wurde der *U-Test* nach MANN & WHITNEY (CLAUSS & EBNER 1975) durchgeführt.

Nachdem aufgrund bisheriger Ergebnisse anderer Untersuchungen davon ausgegangen werden konnte, daß, wenn signifikante Mittelwertsunterschiede auftreten, die Veränderungen in den Therapiegruppen größer sind als in einer unbehandelten KG, wurden die t-Tests mit einseitiger Fragestellung gerechnet.

In diesem Zusammenhang muß daran erinnert werden, daß der Vergleich zwischen Behandlungsgruppen und KG nur im Zeitraum 'prä-post' zur Feststellung der therapeutischen Wirksamkeit herangezogen werden kann, da anschließend auch die KG eine Therapie erhielt. Um dennoch auch für den Zeitraum bis zur follow-up-Messung hin Aussagen über die therapeu-

tische Wirksamkeit machen zu können, wurden *t-Tests für abhängige Stichproben* als Binnenvergleich innerhalb jeder Behandlungsgruppe (zwischen post- und follow-up-Mittelwerten) durchgeführt.

Zur Überprüfung von Unterschieden zwischen den Effekten der beiden Therapiemethoden (zweite Fragestellung) wurde die *zweifache Varianzanalyse* über die individuellen Veränderungswerte (Regressionsabweichungswerte) als das geeignetste Verfahren angesehen. Die beiden Einflußfaktoren sind dabei 'Therapiemethode' und 'Probleminhalt', so daß mit diesem Verfahren gleichzeitig die dritte Fragestellung (s. u.) überprüft wird.

Die Anwendung der Varianzanalyse kann auch in den wenigen Fällen bei den vorliegenden Daten für gerechtfertigt gelten, in denen nicht alle ihre Voraussetzungen (Normalverteilung, Homogenität der Varianzen, gleiche Zellenbesetzung) erfüllt sind, da sie erfahrungsgemäß als sehr robust gegenüber Abweichungen angesehen werden kann (LINDMAN 1974).

Bei Abweichungen von der Normalverteilung spielt nach LINDMAN (1974, S. 31ff) hauptsächlich das *Verteilungsexzeß* eine Rolle, das bei der Normalverteilung = 0 ist. Ein Exzeß von > 0 bewirkt zu kleine F-Werte, so daß Signifikanzen eher verschleiert werden, was aber für die Interpretierbarkeit der Daten keine gefährlichen Konsequenzen hat. Wirklich kritisch für die Verwertbarkeit der Ergebnisse werden nur die Fälle, in denen das Exzeß < 0 ist, und dadurch der F-Wert zu groß wird, weil dann die Nullhypothese vorschnell zurückgewiesen wird. (Darauf wird an den entsprechenden Stellen bei der Ergebnisdarstellung noch einmal eingegangen werden.)

Eng zusammen hängen die Probleme heterogener Varianzen und ungleicher Zellenbesetzung: Haben die größeren Stichproben die größeren Varianzen, wird der F-Wert zu klein; haben die größeren Stichproben die kleineren Varianzen, wird der F-Wert zu groß (LINDMAN 1974). Wiederum ist nur letzterer Fall kritisch für die Auswertung, weil dann die Nullhypothese zu Unrecht verworfen wird. Im Fall der vorliegenden Untersuchung ist dieses Problem jedoch nicht besonders gravierend, da die verschiedenen Gruppen zumindest annähernd gleich groß sind und auch überwiegend homogene Varianzen aufweisen (vgl. LINDMAN 1974, S. 36ff).

Die Überprüfung von Wechselwirkungen zwischen Therapiemethode und Probleminhalt von negativer versus positiver Selbstsicherheit (dritte Fragestellung) erfolgt, wie schon erwähnt, ebenfalls mit der *zweifachen Varianzanalyse*. (Speziell zur Erfassung der Wechselwirkung hätte sich kein vergleichbares nonparametrisches Verfahren finden lassen.) Von einigen Autoren ist allerdings auch Skepsis darüber geäußert worden, inwieweit die Varianzanalyse die *differentielle Wirksamkeit* von Therapiemethoden angemessen erfassen kann. So kritisiert z. B. GRAWE (1976), daß man über die differentielle Wirksamkeit einer Methode mehr Information durch eine Betrachtung der Veränderungsvarianz (= Variabilität innerhalb einer Zelle) gewinnen könne. (Bei der Varianzanalyse wird dieser Teil der Varianz zu Lasten der Fehlervarianz gerechnet und nicht inhaltlich ausgewertet.)

Diese Kritik an der Aussagekraft der Varianzanalyse über differentielle Wirkmechanismen trifft aber m. E. nur dann zu, wenn die Ergebnisse im Nachhinein auf das Vorliegen differentieller Effekte durchgesehen werden. Aber auch dann können nur relativ unspezifische Aussagen aus einer Betrachtung der Veränderungsvarianz (im Vergleich zur Veränderungsvarianz einer unbehandelten KG) gezogen werden, da keine näheren Annahmen über die Art der differentiellen Effekte gemacht werden können (vgl. die Ergebnisse bei GRAWE 1976).

Bei der vorliegenden Untersuchung wird im Unterschied dazu *a priori* die Frage gestellt, ob die Art des Probleminhalts, also Probleme im Umgang mit Kritik versus Probleme im Umgang mit Kontakten, eine differentielle Bedeutung für die Effekte von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung hat. Diese Frage ist *gezielt* auf die Wechselwirkung von Therapiemethode und Probleminhalt hin gestellt (siehe die vorherige Homogenisierung), so daß deshalb auch die Varianzanalyse das geeignete Überprüfungsverfahren darstellt.

Zur Erfassung der Veränderungsmuster innerhalb jeder Behandlungsgruppe sollen Produkt-Moment-Korrelationen nach PEARSON bzw., je nach Verteilung, Rangkorrelationen nach SPEARMAN berechnet werden (CLAUSS & EBNER 1975). Der Vergleich der Veränderungsmuster (vierte Fragestellung) im Verhaltenstraining und in der kognitiven Umstrukturierung kann anschließend nur qualitativ, ohne quantitative Vergleichsprüfung, durchgeführt werden. Die bei beiden Verfahren verlangte Linearität der Beziehungen zwischen den Veränderungswerten wird als gegeben vorausgesetzt, da sich m. E. derzeit keine einleuchtenden Theorien zu kurvilinearen Beziehungen aufstellen lassen.

Bei Korrelationskoeffizienten sind eine Reihe von Interpretationsproblemen zu berücksichtigen. Zunächst sollten Korrelationen grundsätzlich nicht als Beweise für kausale Zusammenhänge zwischen zwei Variablen angenommen werden. Darüber hinaus besteht besonders die Gefahr von Scheinkorrelationen, die sich allein dadurch ergeben können, daß zwei Ereignisse jeweils hohe Auftretenshäufigkeit haben und deshalb - trotz inhaltlicher Unabhängigkeit - auch oft gemeinsam auftreten (KRIZ 1973, S. 245f).

Diesen Problemen soll dadurch Rechnung getragen werden, daß lediglich die *übergreifenden Trends* in den Beziehungen interpretiert werden, nicht aber die einzelnen Koeffizienten für sich genommen. In erster Linie soll darauf geachtet werden, wie Veränderungen auf den verschiedenen Meßebenen miteinander in Zusammenhang stehen; lediglich von zweitrangigem Interesse ist die Frage, welche speziellen Veränderungsvariablen miteinander im einzelnen korrelieren.

Mit einer Ausnahme wurden alle Rechenarbeiten mit Hilfe des Programmpakets SPSS durchgeführt (NIE et al 1975², Version 8). Die Regressionsabweichungswerte nach dem LORD & McNEMAR-Verfahren wurden auf der Grundlage eines FORTRAN-IV-Rechenprogramms von HELMREICH (1977) berechnet.

5.1.5 Vergleichbarkeit der Eingangsdaten

Eine saubere Auswertung und Interpretierbarkeit der genannten Prüfverfahren hängt ganz wesentlich davon ab, daß die Eingangsdaten in den fünf verschiedenen Behandlungsgruppen vergleichbar sind. Bei der vorliegenden Untersuchung ist diese Frage insbesondere auch deshalb wichtig, weil überwiegend mit Veränderungswerten gerechnet wird, auf deren Zusammenhang zur Höhe der Eingangswerte im vorigen schon ausführlich eingegangen wurde.

Zur Überprüfung dieser Frage wurden über die prä-Werte *einfache Varianzanalysen* mit anschließendem SCHEFFE-Test durchgeführt. Dabei konnte lediglich in einem Fall ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppenmittelwerten festgestellt werden. Auf dem Unsicherheitsfaktor "Kontaktangst" wiesen die beiden Behandlungsgruppen mit dem Probleminhalt 'Schwierigkeiten im Umgang mit Kontakt' signifikant höhere Eingangswerte auf ($F(4,98) = 5.02, p < 0.01$). Diese erhöhten Eingangswerte dürften auf die Gruppierung der Klienten nach persönlichem Problemschwerpunkt zurückzuführen sein. Für Auswertung und Interpretation sind dadurch keine bedeutsamen Schwierigkeiten zu erwarten, da diese beiden Gruppen im wesentlichen untereinander verglichen werden und dabei in jeder Therapieform die erhöhten Eingangswerte vorliegen.

Darüber hinaus wurde die Vergleichbarkeit der Häufigkeitsverteilung der männlichen und weiblichen Klienten, der verschiedenen Altersgruppen (Kap. 4, Tab. 1) und der verschiedenen Schulabschlüsse in den fünf Behandlungsgruppen über den χ^2 -Test (mit k-mal-r-Feldertafeln) überprüft. Bei keinem der drei Merkmale wurde der χ^2 -Koeffizient signifikant (auf dem 5 %-Niveau). Allerdings waren bei den Merkmalen Alter und Schulabschluß einige Zellen mit weniger als 5 Probanden zu gering besetzt, so daß diese χ^2 -Werte etwas vorsichtiger gehandhabt werden müssen. Dennoch kann aber insgesamt davon ausgegangen werden, daß in keiner der fünf

Behandlungsgruppen eine überzufällige Häufung bestimmter demographischer Merkmale vorliegt. Auch in dieser Hinsicht ergeben sich also keine besonderen Einschränkungen für die Auswertbarkeit der Daten.

5.1.6 Zur Strukturierung der Ergebnisdarstellung

Abschließend soll ein kurzer Überblick darüber gegeben werden, wie die Darstellung der Einzelergebnisse in den folgenden Kapitelabschnitten aufgebaut sein wird. Angesichts der Vielzahl an Daten, die zu verschiedenen Meßzeitpunkten und zu verschiedenen Meßebenen vorliegen, wurde folgende Strukturierung in der Darstellung der Ergebnisse für die sinnvollste gehalten:

- Erster und oberster Strukturierungspunkt sind die *Fragestellungen*, die durch die Untersuchung beantwortet werden sollen (siehe die entsprechenden Überschriften der Abschnitte 5.2 bis 5.5).
- Die Einzelergebnisse zu jeder Fragestellung werden dann weiter nach *Meßzeiträumen* gruppiert; d. h. es werden zuerst die Ergebnisse für den Zeitraum von Behandlungsbeginn bis direkt zu Therapieende dargestellt und im Anschluß daran die Ergebnisse für den Zeitraum von Therapieende bis zur Nacherhebung hin.
- Innerhalb dieser Gliederung werden die Ergebnisse noch einmal nach den verschiedenen *Meßebenen* gruppiert; d. h. nach symptomspezifischen Skalen, nach Befindlichkeits-skalen und nach Persönlichkeitsskalen.

Der besseren Lesbarkeit und Übersicht halber werden alle diejenigen Einzeldaten, wie bestimmte Rohwerte oder Signifikanzen, die nicht unmittelbar zum zusammenhängenden Ver-

ständnis der Auswertung notwendig sind, im Anhang dargestellt. Zwischendurch erfolgen jeweils kurze Zusammenfassungen der Einzelergebnisse.

5.2 Überprüfung der therapeutischen Effizienz von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung

Bei diesem Teil der Auswertung geht es darum, differenziert zu beschreiben, welche bedeutsamen Veränderungen jede Behandlungsmethode im engeren Bereich von Selbstunsicherheit auf der Befindlichkeits- und auf der Persönlichkeitsebene bewirken konnte. Für jede Methode werden die Effekte jeweils getrennt nach den beiden Probleminhalten 'Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik' und 'Schwierigkeiten im Umgang mit Kontakt' überprüft. (Der Vergleich der Wirksamkeit dieser praxisnahen Behandlungsdurchführung zu den in Analogstudien festgestellten Effekten wird dann in der anschließenden Interpretation in Kap. 6 vorgenommen.)

5.2.1 Die Effekte im Zeitraum 'prä-post'

Die statistische Überprüfung erfolgte durch *t-Tests für unabhängige Stichproben*, anhand derer die mittleren Veränderungen auf jeder Variablen in jeder Behandlungsgruppe mit den mittleren Veränderungen in der KG verglichen wurden. (Diese Rechnungen wurden an den einfachen Differenzwerten durchgeführt.)

5.2.1.1 Effekte auf symptomsspezifischer Ebene

Verhaltenstraining bewirkte in der Behandlung von *Kritikproblemen* (VKR) mit nur einer Ausnahme auf allen Selbstunsicherheits-skalen signifikant größere konstruktive Veränderungen als die KG.

Ebenso führte *Verhaltenstraining* in der Behandlung von *Kontaktproblemen* (VKO) mit nur einer Ausnahme zu einer größeren Abnahme an Selbstunsicherheit als die KG. Die Einzelergebnisse beider Verhaltenstrainingsgruppen sind aus Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3:

Signifikante Unterschiede zwischen den mittleren Veränderungen der Verhaltenstrainingsgruppen und der KG auf den U-Skalen im Zeitraum 'prä-post'

	V K R		V K O		K G
	$\bar{X}_D^+$	P (eins)	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$
Kritikangst	-13.37 ⁺⁺ (n = 19)	< 0.001	-12.64 (n = 14)	< 0.01	-0.59
Kontaktangst	- 9.47	< 0.01	-17.64	< 0.001	-0.32
Fordern können	+11.21	< 0.01	+12.43	< 0.01	+1.16
n. nein sagen	- 9.47	< 0.01	- 6.93	< 0.05	-2.43
Schuldgefühle	- 2.79	< 0.025	- 2.29	n.s.	-0.97
Anständigkeit	- 2.47	n.s.	- 4.93	< 0.01	-0.41

⁺ $\bar{X}_D$ = Mittlere Differenz zwischen prä- und post-Werten.

⁺⁺ Negatives Vorzeichen = Abnahme an Symptomstärke; Ausnahme ist Faktor 'Fordern können', der umgekehrt gepolt ist.

Als erster Befund zur Effektivität des Verhaltenstrainings kann somit *zusammengefaßt* werden, daß sich dadurch gleichermaßen in der Behandlung von Kritik- und Kontaktproblemen

- jeweils über den spezifischen Trainingsbereich hinaus - bedeutsame Verbesserungen im symptomspezifischen Bereich erzielen ließen.

Kognitive Umstrukturierung bewirkte in Anwendung bei *Kritikproblemen* (KKR) im Vergleich zur KG durchgängig auf allen symptomspezifischen Skalen signifikant größere Verbesserungen. Ebenso waren auch in der Behandlung von *Kontaktproblemen* fast durchgängig größere konstruktive Veränderungen als in der KG zu verzeichnen. Tabelle 4 zeigt die Einzelergebnisse aus beiden kognitiven Behandlungsbedingungen.

Tabelle 4:

Signifikante Unterschiede zwischen den mittleren Veränderungen der kognitiven Gruppen und der KG auf den U-Skalen im Zeitraum 'prä-post'

	K K R		K K O		K G
	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$
Kritikangst	-15.13 ⁺ (n = 16)	0.001	-11.29 (n = 17)	< 0.001	-0.59
Kontaktangst	- 8.56	< 0.01	-11.71	< 0.01	-0.32
Fordern können	+15.06	< 0.001	+ 7.94	< 0.01	+1.16
n. nein sagen	-11.06	< 0.01	- 6.76	0.05	-2.43
Schuldgefühle	- 3.43	< 0.01	- 0.71	n.s.	-0.97
Anständigkeit	- 3.25	0.02	- 4.06	< 0.01	-0.41

⁺ Negatives Vorzeichen = Abnahme an Symptomstärke; Ausnahme ist Faktor 'Fordern können', der umgekehrt gepolt ist.

Zusammenfassend betrachtet, erweist sich also auch die Behandlungsmethode der kognitiven Umstrukturierung bei beiden Problemgehalten als sehr effektiv. Bedeutsame Verbesserungen (gemessen an der KG) treten nicht nur in den speziellen Trainingsbereichen, sondern auch bei den übrigen Selbstunsicherheitsdimensionen auf, dabei etwas deutlicher in der Behandlung von Kritikproblemen.

5.2.1.2 Effekte auf der Befindlichkeitsebene

Als erstes werden jeweils die Effekte anhand des EMI-B dargestellt, wobei die Dimensionen 1 bis 6 als spezifische Gefühlsdimensionen und die Skala 7 als eine mehr allgemeine Befindlichkeitsdimension angesehen werden. Anschließend werden die VEV-Ergebnisse dargestellt.

Verhaltenstraining bewirkte bei der Behandlung von *Kritikproblemen* größere Befindlichkeitsverbesserungen als die KG auf zwei spezifischen und zwei allgemeinen Dimensionen. In Anwendung bei *Kontaktproblemen* wurden (gemessen an der KG) signifikant größere konstruktive Veränderungen auf vier spezifischen Gefühlsdimensionen und den beiden allgemeinen Befindlichkeitsbereichen festgestellt. Die Einzelergebnisse sind inhaltlich auf Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5:

Signifikante Unterschiede zwischen den mittleren Veränderungen der Verhaltenstrainingsgruppen und der KG auf den EMI-Skalen und dem VEV im Zeitraum 'prä-post'

	V K R		V K O		K G
	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$
ängstlich	-14.88 ⁺	< 0.01	-13.00	0.01	-2.00
depressiv	- 4.06	n.s.	- 3.07	n.s.	-1.75
erschöpft	- 3.82	n.s.	- 5.79	n.s.	-1.46
aggressiv	- 2.59	n.s.	- 4.21	0.01	+1.36
gehemmt	- 7.00	< 0.01	- 8.50	< 0.01	-1.21
verlassen	- 3.41	n.s.	- 5.21	< 0.05	-0.68
gestörtes Allgemeinbefinden	-12.71	< 0.01	-11.71	< 0.01	-1.61
VEV	211.3 ⁺⁺	< 0.001	197.3	< 0.01	175.0

+ Negatives Vorzeichen = Befindlichkeitsverbesserung

++ Positives Vorzeichen = Befindlichkeitsverbesserung

Zusammenfassend betrachtet, konnte Verhaltenstraining bei beiden Probleminhalten deutliche Verbesserungen des allgemeinen Befindens erzielen: Eine bedeutsame Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens (EMI 7) und eine Zunahme an Entspannung, Gelassenheit und Optimismus im Erleben (VEV). Beim Abbau spezifischer belastender Gefühle und Stimmungen war Verhaltenstraining in Anwendung bei Kontaktproblemen erfolgreicher als in Anwendung bei Kritikproblemen.

Kognitive Umstrukturierung führte bei der Behandlung von *Kritikproblemen* (im Vergleich zur KG) mit nur einer Ausnahme durchgängig zu bedeutsamen Verbesserungen auf spezifischen Gefühl dimensionsen und im allgemeinen Befinden. Auch in Anwendung bei *Kontaktproblemen* waren die konstruktiven Veränderungen fast durchgängig signifikant größer als in der KG. Tabelle 6 stellt die Ergebnisse im einzelnen dar.

Tabelle 6:

Signifikante Unterschiede zwischen den mittleren Veränderungen der kognitiven Gruppen und der KG auf den EMI-Skalen und dem VEV im Zeitraum 'prä-post'

	K K R		K K O		K G
	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$
ängstlich	-13.73 ⁺	0.01	-13.63	< 0.01	-2.00
depressiv	- 6.67	<0.05	- 6.75	0.01	-1.75
erschöpft	- 4.33	n.s.	- 5.63	0.01	-1.46
aggressiv	- 2.60	<0.05	- 0.56	n.s.	+1.36
gehemmt	- 7.27	<0.01	-10.13	< 0.001	-1.21
verlassen	- 4.47	<0.05	- 6.31	< 0.01	-0.68
gestörtes Allgemeinbefinden	-12.47	0.02	-14.75	< 0.001	-1.61
VEV	216.3 ⁺⁺	<0.01	204.9	< 0.001	175.0

+ Negatives Vorzeichen = Befindlichkeitsverbesserung

++ Positives Vorzeichen = Befindlichkeitsverbesserung

Zusammengefaßt erweist sich kognitive Umstrukturierung bei beiden Probleminhalten als durchgängig sehr effektiv im Abbau unangenehmer, belastender Gefühle und Stimmungen und in der Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens (EMI 7) und in der Erhöhung von Entspannung, Gelassenheit und Optimismus (VEV).

5.2.1.3 Effekte auf der Persönlichkeitsebene

Verhaltenstraining bewirkte bei der Behandlung von *Kritikproblemen* im symptomübergreifenden Bereich der Persönlichkeitseinschätzung auf vier Dimensionen größere Veränderungen als die KG. Auch bei der Behandlung von *Kontaktproblemen* wurden auf vier Dimensionen bedeutsame konstruktive Veränderungen (gemessen an der KG) erzielt.

Die Einzelergebnisse sind in Tabelle 7 zusammengefaßt.

Tabelle 7:

Signifikante Unterschiede zwischen den mittleren Veränderungen der Verhaltenstrainingsgruppen und der KG auf den FPI-Skalen im Zeitraum 'prä-post'

	V K R		V K O		K G
	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$
Nervosität (1)	- 0.74 ⁺	n.s.	- 0.86	n.s.	- 0.35
Aggressivität (2)	- 0.05	n.s.	- 0.71	< 0.05	+ 0.57
Depressivität (3)	0.00	n.s.	0.00	n.s.	+ 0.03
Erregbarkeit (4)	- 0.11	< 0.05	- 0.29	< 0.05	+ 0.73
Geselligkeit (5)	+ 1.84 ⁺⁺	< 0.01	+ 0.86	n.s.	+ 0.41
Gelassenheit (6)	+ 0.37	n.s.	+ 0.36	n.s.	- 0.19
Dominanzstreben (7)	+ 0.37	n.s.	- 1.07	0.001	+ 0.70
Gehemmtheit (8)	- 1.21	0.01	- 1.43	< 0.01	0.00
Offenheit (9)	- 0.05	n.s.	- 0.43	n.s.	+ 0.46
Extraversion (E)	+ 1.32	< 0.05	+ 0.57	n.s.	+ 0.49
Emotionale Labilität (N)	+ 0.05	n.s.	- 0.43	n.s.	+ 0.32
Maskulinität (M)	+ 0.47	n.s.	- 0.29	n.s.	+ 0.19

+ Negatives Vorzeichen = Abnahme an ...

++ Positives Vorzeichen = Zunahme an ...

Zusammenfassend kann zu den Effekten des Verhaltenstrainings auf der Persönlichkeitsebene festgehalten werden, daß bei beiden Probleminhalten in einigen Bereichen deutliche konstruktive Veränderungen erzielt werden konnten. In Kritik- und Kontaktgruppe traten gleichermaßen Veränderungen in Richtung auf geringere Reizbarkeit bzw. größere Frustrationstoleranz (FPI 4) und in Richtung auf gesteigerte Ungezwungenheit (FPI 8) hin auf. Darüber hinaus bewirkte Verhaltenstraining speziell in der Behandlung von Kritikproblemen eine Zunahme an extravertierten Tendenzen (FPI 5

und FPI E haben z. T. gemeinsame Items). In der Kontaktgruppe wurde besonders eine Verringerung von aggressiven und Dominanztendenzen erreicht.

Kognitive Umstrukturierung führte in Anwendung bei Kritikproblemen auf der Persönlichkeitsebene bei drei primären Faktoren und dem Sekundärfaktor 'Emotionale Labilität' zu größeren Veränderungen als die KG. In der Behandlung von Kontaktproblemen wurden auf fünf primären Faktoren und auf dem Sekundärfaktor 'Maskulinität' bedeutsame Veränderungen bewirkt. Die Einzelergebnisse sind in Tabelle 8 festgehalten.

Tabelle 8:

Signifikante Unterschiede zwischen den mittleren Veränderungen der kognitiven Gruppen und der KG auf den FPI-Skalen im Zeitraum 'prä-post'

	K K R		K K O		K G
	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$	P (eins)	$\bar{X}_D$
Nervosität (1)	- 0.63 ⁺	n.s.	- 1.35	< 0.01	- 0.35
Aggressivität (2)	+ 0.38 ⁺⁺	n.s.	+ 0.71	n.s.	+ 0.57
Depressivität (3)	- 0.63	n.s.	- 0.88	< 0.05	+ 0.03
Erregbarkeit (4)	- 0.69	< 0.01	- 0.71	< 0.01	+ 0.73
Geselligkeit (5)	+ 1.06	n.s.	+ 0.76	n.s.	+ 0.41
Gelassenheit (6)	+ 1.31	n.s.	+ 1.18	< 0.01	- 0.19
Dominanzstreben (7)	- 0.25	< 0.05	+ 0.05	n.s.	+ 0.70
Gehemmtheit (8)	- 1.38	< 0.01	- 1.29	< 0.01	0.00
Offenheit (9)	+ 0.31	n.s.	- 0.12	n.s.	+ 0.46
Extraversion (E)	+ 0.88	n.s.	+ 1.29	n.s.	+ 0.49
Emotionale Labilität (N)	- 1.13	< 0.01	- 0.35	n.s.	+ 0.32
Maskulinität (M)	- 0.13	n.s.	+ 1.76	< 0.01	+ 0.19

+ Negatives Vorzeichen = Abnahme an ...

++ Positives Vorzeichen = Zunahme an ...

Die Ergebnisse können dahingehend *zusammengefaßt* werden, daß kognitive Umstrukturierung bei beiden Probleminhalten - besonders aber bei Kontaktproblemen - zu einer Reihe von bedeutsamen Veränderungen in der Persönlichkeitsbeschreibung führen konnte. Insgesamt gehen die Veränderungen in der Kritikgruppe in Richtung auf größere Frustrationstoleranz (FPI 4), weniger Durchsetzungsbestreben (FPI 7), mehr Ungezwungenheit (FPI 8) und Ausgeglichenheit (FPI N). Die Kontaktgruppe veränderte sich in Richtung auf mehr Ruhe (FPI 4), Zufriedenheit (FPI 3) und Gelassenheit (FPI 6), größere Ungezwungenheit (FPI 8) und auch - im Unterschied zu der Kritikgruppe - in Richtung auf gesteigertes Durchsetzungsbewußtsein (FPI M).

5.2.1.4 Zusammenfassung der Behandlungseffekte im Zeitraum 'prä-post'

Verhaltenstraining konnte sowohl bei Kritik- als auch bei Kontaktproblemen im engeren Bereich der Symptomatik über den speziellen Trainingsbereich hinausgehende Verbesserungen an Selbstsicherheit (gemessen an der Selbsteinschätzung der Klienten) bewirken. Darüber hinaus führte Verhaltens-*training* bei beiden Probleminhalten zu einer Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens. Bei den spezifischeren Gefühlsdimensionen wurden mehr Verbesserungen in der Behandlung von Kontaktproblemen erzielt. Auf der Persönlichkeitsebene zeichnete sich in der Kritikgruppe eine Zunahme an extravertierten Persönlichkeitstendenzen ab, während in der Kontaktgruppe besonders nicht-aggressive, gemäßigte Tendenzen gefördert wurden.

Kognitive Umstrukturierung (RET) führte ebenfalls bei beiden Probleminhalten im symptomspezifischen Bereich zu Verbesserungen an Selbstsicherheit, die über den speziellen Trainingsbereich hinausgingen. In der Kritikgruppe wurden sogar

durchgängig auf allen gemessenen Kompetenzdimensionen signifikante Verbesserungen in der Selbsteinschätzung bewirkt. Zudem bewirkte das RET-Training eine in Kritik- und Kontaktgruppe gleichermaßen breit verzweigte Reduktion spezifischer belastender Gefühle und eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens. Auf der Persönlichkeitsebene wurde bei beiden Probleminhalten eine Verringerung an Erregbarkeit und Gehemtheit erzielt. In der Kritikgruppe zeichnete sich zudem eine Zunahme an Nachgiebigkeit und emotionaler Stabilität ab. Etwas breiter noch waren die Persönlichkeitsveränderungen in der Kontaktgruppe angelegt, die sich zudem noch als ruhiger, zufriedener, gelassener und durchsetzungsbewußter einschätzte.

5.2.2 Die Effekte im Zeitraum 'post-follow-up'

Nachdem für diesen Zeitraum kein Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe möglich ist, wurde die Bedeutsamkeit von Veränderungen innerhalb einer Behandlungsgruppe durch den Vergleich von post- und follow-up-Mittelwerten überprüft (per *t-Test für abhängige Stichproben* bzw. *WILCOXON-Paarvergleich*).

Ganz allgemein muß bei den Ergebnissen in diesem Meßzeitraum berücksichtigt werden, daß nicht alle Klienten zur follow-up-Messung zurückgeschrieben haben, wodurch die Möglichkeit selektiver Ausfälle in einzelnen Behandlungsgruppen nicht auszuschließen ist. Dieses Problem ist eine grundsätzliche Schwierigkeit bei allen ambulanten Therapieuntersuchungen, da man die Probanden nicht dazu "zwingen" kann, Fragebögen auszufüllen.

In diesem Teil der Auswertung steht die Frage nach der Stabilität der Behandlungserfolge im Vordergrund; d. h. in welchem Umfang die dargestellten konstruktiven Veränderungen auch ohne aktive Unterstützung der Therapiegruppe erhalten bleiben. Daneben interessiert die Frage, ob sich in einzelnen Behandlungsgruppen noch nach Therapieende

bedeutsame neue Veränderungen einstellen. Möglicherweise kommt ein während der Therapie schon begonnener Veränderungsprozeß erst "verspätet" zu einem deutlich meßbaren Effekt oder aber generalisiert nach Therapieende durch eigenständige Problembewältigungen noch auf andere Bereiche.

5.2.2.1 Effekte auf symptomspezifischer Ebene

Im *Verhaltenstraining* blieben die bisher erreichten Verbesserungen an Selbstsicherheit bei beiden Probleminhalten auch nach Beendigung der Therapie durchgängig erhalten. In keiner der Verhaltenstrainingsgruppen stellten sich noch weitere Veränderungen im symptomspezifischen Bereich ein.

Auch bei der *kognitiven Umstrukturierung* blieb der Abbau von Selbstunsicherheit in Kritik- und Kontaktgruppe erhalten. Auf keinem der U-Faktoren hatten sich bedeutsame Verbesserungen oder Verschlechterungen eingestellt. (Alle Einzelergebnisse sind in Tabelle A1 im Anhang aufgeführt.)

5.2.2.2 Effekte auf der Befindlichkeitsebene

Beim *Verhaltenstraining* blieben die therapeutischen Effekte auf den spezifischen Gefühlsdimensionen (EMI-B) in Kritik- und Kontaktgruppe stabil. Auch die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens (EMI 7) blieb in beiden Gruppen erhalten. Zudem war in der *Kontaktgruppe* nach Therapieabschluß eine nochmalige bedeutsame Zunahme an Entspannung, Gelassenheit und Optimismus auf dem VEV zu verzeichnen; in der Kritikgruppe ergab sich auf dem VEV keine signifikante Veränderung.

Bei der *kognitiven Umstrukturierung* waren die Effekte auf der Befindlichkeitsebene je nach Probleminhalt unterschiedlich stabil. In der *Kritikgruppe* ergaben sich nach Therapieende keine bedeutsamen Verbesserungen oder Verschlechterungen der emotionalen Befindlichkeit. Hingegen wurden in der *Kontaktgruppe* auf drei Gefühlsdimensionen (EMI-B) bedeutsame Verschlechterungen gefunden. Zum Zeitpunkt der follow-up-Messung fühlten die Klienten sich im Mittel ängstlicher und aggressiver, außerdem verschlechterte sich das allgemeine Wohlbefinden. (Zu den Einzelergebnissen siehe Tab. A2 im Anhang.)

5.2.2.3 Effekte auf der Persönlichkeitsebene

Im *Verhaltenstraining* blieben die bisher erreichten konstruktiven Veränderungen auf Persönlichkeitsdimensionen in beiden Gruppen stabil. Darüber hinaus ergaben sich in der *Kritikgruppe* nach Therapieabschluß auf zwei FPI-Skalen noch bedeutsame Verbesserungen: Die Klienten schätzten sich zum Zeitpunkt der follow-up-Messung als weniger depressiv und als gelassener ein. In der *Kontaktgruppe* war nach Therapieende noch eine bedeutsame Zunahme an Durchsetzungsbewußtsein (FPI M) festzustellen.

Kognitive Umstrukturierung konnte bei beiden Probleminhalten nach Therapieende noch eine weitere Verringerung an Depressivität bewirken. Ansonsten blieben die erreichten Behandlungseffekte in beiden Gruppen stabil. (Einzelergebnisse sind in Tab. A3 im Anhang aufgeführt.)

5.2.2.4 Zusammenfassung der Behandlungseffekte im Zeitraum 'post - follow-up'

Beim *Verhaltenstraining* blieben insgesamt sowohl in der Kritik- als auch in der Kontaktgruppe die bisher erreichten Behandlungseffekte auf allen drei Meßebenen auch in den vier Monaten nach Therapieende erhalten. Bedeutsame Veränderungen, die sich nach Therapieende noch ergaben, waren durchgängig konstruktiver Natur: In der Kontaktgruppe fühlten sich die Klienten entspannter, gelassener und optimistischer (VEV) als direkt zu Therapieende. Auf der Persönlichkeitsebene schätzte sich die Kritikgruppe nach den vier Monaten als zufriedener und gelassener ein, während die Kontaktgruppe sich als "maskuliner", d. h. durchsetzungsbewußter und weniger psychosomatisch gestört, beschrieb.

Bei der *kognitiven Umstrukturierung* blieben die Verbesserungen an Selbstsicherheit in allen Bereichen in Kritik- und Kontaktgruppe stabil. In der Kritikgruppe blieben auch die Verbesserungen auf den spezifischen Gefühlsdimensionen und auf der allgemeinen Befindlichkeitsebene erhalten. Hingegen war in der Kontaktgruppe auf drei Befindlichkeitsdimensionen (EMI) eine Verschlechterung festzustellen. Auf der Persönlichkeitsebene blieben die erreichten Verbesserungen erhalten, in beiden Gruppen war zudem noch eine bedeutsame Verringerung an Depressivität zu beobachten.

5.3 Überprüfung von Unterschieden zwischen den Effekten der beiden Therapiemethoden

Dieser Teil der Auswertung behandelt den direkten Vergleich der therapeutischen Veränderungen bei Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung. Neben den in erster Linie interessierenden Unterschieden werden auch die Gemeinsam-

keiten in den Effekten der Methoden aufgeführt. Die statistische Überprüfung erfolgte durch 2 X 2 - Varianzanalysen über die Veränderungswerte (Regressionsabweichungswerte).

Für die hier im speziellen zu überprüfende Fragestellung sind nur die Effekte des Einflußfaktors 'Therapiemethode' von Interesse. Auf die im gleichen Verfahrensdurchgang feststellbaren Wechselwirkungseffekte wird erst in Abschn. 5.4 eingegangen.

Es wird im folgenden sofort sichtbar werden, daß sich Unterschiede zwischen den beiden Therapiemethoden meist nur auf einer der Meßebenen feststellen ließen. Dennoch erschien es angemessen, die bisherige Form der Ergebnisdarstellung nach Meßebenen beizubehalten, um den Blick nicht allein auf die Bereiche zu lenken, in denen Unterschiede auftraten, sondern auch die Bereiche zu berücksichtigen, in denen keine Unterschiede nachweisbar waren.

5.3.1 Unterschiede zwischen den Effekten beider Methoden im Zeitraum 'prä-post'

Bei Veränderungen auf den Selbstunsicherheitsdimensionen und auf der Persönlichkeitsebene wurde relativ häufig ein signifikanter *Effekt des Probleminhalts* festgestellt. Nachdem diese Ergebnisse für die obige Fragestellung keine Relevanz haben, wird darauf nicht näher eingegangen; dennoch unterstreichen diese Ergebnisse nachdrücklich, daß es wichtig ist, in Therapieuntersuchungen auch die Inhalte der behandelten Probleme zu berücksichtigen.

5.3.1.1 Auf symptomspezifischer Ebene

Auf den verschiedenen Selbstunsicherheitsfaktoren konnten keine Unterschiede in den Effekten von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung festgestellt werden.

Beide Therapiemethoden scheinen also im engeren Bereich der Symptomatik eher gleichartige Veränderungen zu bewirken, was auch schon durch den Vergleich zur unbehandelten KG gezeigt wurde. (Einzelergebnisse siehe Tab. A4 im Anhang.)

5.3.1.2 Auf der Befindlichkeitsebene

Ebenfalls keine Unterschiede zwischen Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung waren bei den Veränderungen auf den spezifischen Gefühlsdimensionen und auf der allgemeinen Befindlichkeitsebene nachweisbar. Beide Methoden scheinen demnach auch im Bereich der emotionalen Befindlichkeit gleichartig zu wirken und gleich effektiv zu sein (siehe Tab. A4 im Anhang).

5.3.1.3 Auf der Persönlichkeitsebene

Lediglich auf der symptomübergreifenden, stärker einstellungsbezogenen Ebene der Persönlichkeitsskalen waren in zwei Bereichen Unterschiede zwischen Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung feststellbar - einmal im Hinblick auf die *Richtung* der Veränderungen, einmal im Hinblick auf das *Ausmaß* der Veränderungen (siehe Tab. A4 im Anhang).

Die mit *Verhaltenstraining* behandelten Klienten wurden im Mittel zu Therapieende weniger aggressiv und impulsiv, d. h. beherrschter und ruhiger (FPI 2). In die andere Richtung veränderten sich die Klienten der *kognitiven Umstrukturierung*; sie wurden spontan-aggressiver, impulsiver und weniger beherrscht.

Ein Blick auf die post-Mittelwerte zeigt aber, daß sich alle Gruppen noch im sogenannten "Normalbereich" bewegen. Von daher bedeutet das obige Ergebnis in erster Linie, daß die Veränderungsrichtung beim Umgang mit aggressiven Affekten im Verhaltenstraining anders ist als in der kognitiven Umstrukturierung, nicht aber daß die Resultate der Veränderungen qualitativ gänzlich anders wären. Zumindest besagt dieses Ergebnis nicht per se, daß die kognitiven Gruppen nach der Therapie sozial rücksichtsloser sind als die verhaltenstherapeutischen Gruppen.

Beim Verständnis dieses Ergebnisses muß weiterhin der enge Zusammenhang zwischen dieser Skala und der Skala 'Offenheit' berücksichtigt werden. Höhere Werte auf der Aggressivitätskala müssen deshalb nicht unbedingt ein höheres Maß an manifesten Aggressionen bedeuten. Sie können gleichzeitig auch die "Bereitschaft ausdrücken, persönliche Schwächen, Affekte und speziell auch Aggressionstendenzen zuzugeben" (FAHRENBURG & SELG 1970, S. 33).

Auf der Skala 'Gelassenheit' (FPI 6) waren die mittleren Veränderungen (in konstruktiver Richtung) bei der *kognitiven Umstrukturierung* größer als im *Verhaltenstraining*. Die Klienten der kognitiven Umstrukturierung gewannen stärker an Selbstvertrauen, Zuversicht und guter Laune als die Klienten aus den Verhaltenstrainingsgruppen. Der Unterschied zwischen den beiden Therapiemethoden macht sich auf dieser Persönlichkeitsdimension also im Ausmaß der Veränderung bemerkbar.

5.3.1.4 Zusammenfassung der Unterschiede im Zeitraum 'prä-post'

Zum Zeitpunkt der post-Messung sind die Effekte beider Therapiemethoden in fast allen Bereichen als gleich einzuschätzen. Keine Unterschiede zeigten sich zwischen Verhaltenstraining und RET-Training bei den symptomspezifischen Veränderungen und bei den Befindlichkeitsveränderungen. Im symptomübergreifenden Bereich der Persönlichkeitsbeschreibung wurden auf 2 Skalen Unterschiede zwischen den Effekten der beiden Methoden festgestellt.

5.3.2 Unterschiede zwischen den Effekten beider Methoden im Zeitraum 'post - follow-up'

Auch nach Therapieende wurden verschiedentlich alleinige Effekte des Faktors 'Probleminhalt' gefunden, die hier nicht näher dargestellt werden, aber wiederum die Bedeutung der Trainingsinhalte unterstreichen.

Nachdem aufgrund des KOLMOGOROV-SMIRNOV-Tests sich einige FPI-Veränderungswerte als nicht normalverteilt herausstellten, wurde bei diesen Variablen eine Überprüfung des Verteilungsexzesses vorgenommen. Hierbei zeigte sich, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle das Verteilungsexzeß > 0 war. Es wird deshalb davon ausgegangen, daß auch bei den FPI-Veränderungswerten die Anwendung der Varianzanalyse gerechtfertigt ist.

In einigen Fällen (hauptsächlich beim FPI) konnten die Regressionsabweichungswerte nicht berechnet werden, da die Korrelation zwischen post- und follow-up-Messung größer als die Reliabilität der Skala war. Darauf wird jeweils bei den entsprechenden Unterabschnitten noch speziell hingewiesen.

5.3.2.1 Auf symptomspezifischer Ebene

Bei den mittleren Veränderungen auf den Selbstunsicherheits-skalen zeigten sich keine Unterschiede zwischen Verhaltens-training und kognitiver Umstrukturierung. Beide Therapiemethoden scheinen also auch nach Therapieende auf den Selbstunsicherheitsskalen in gleicher Richtung und in gleichem Ausmaß wirksam zu sein (siehe Tab. A5 im Anhang).

5.3.2.2 Auf der Befindlichkeitsebene

Ebenso waren nach Therapieende weder bei den spezifischen Gefühlsdimensionen noch in den allgemeineren Befindlichkeits-

bereichen Unterschiede in den Veränderungen feststellbar, die allein auf Effekte der Therapiemethoden zurückgeführt werden konnten. (Ergebnisse siehe Tab. A5 im Anhang.) Auch in diesem Bereich muß vorläufig davon ausgegangen werden, daß die beiden Methoden eher gleichartig wirken.

Auf den EMI-Skalen 5 und 6 konnten aufgrund der zu hohen Korrelation zwischen den beiden Meßzeitpunkten in einer Behandlungsbedingung keine Regressionsabweichungswerte berechnet werden. Aus diesem Grund konnten insgesamt über die Veränderungen auf diesen beiden Skalen keine Varianzanalysen durchgeführt werden.

5.3.2.3 Auf der Persönlichkeitsebene

Auf der Persönlichkeitsebene waren beträchtliche "Ausfälle" dadurch zu verzeichnen, daß aus den genannten Gründen in einigen Behandlungsbedingungen auf mehreren FPI-Skalen keine Regressionsabweichungswerte berechnet werden konnten. Varianzanalysen konnten deshalb nur über die FPI-Skalen 1, 3, 4 und 8 durchgeführt werden.

Dadurch sind die Aussagen über die Effekte der Therapiemethoden auf der Persönlichkeitsebene natürlich einigermaßen eingeschränkt. Es wäre aber m. E. auf der anderen Seite nicht sinnvoll gewesen, die Varianzanalysen in diesem Fall ausnahmsweise über die einfachen Differenzwerte durchzuführen. Nach Lage der Dinge konnte davon ausgegangen werden, daß diese einfachen Differenzen, obwohl rein numerisch ohne Schwierigkeiten erstellbar, inhaltlich kaum eine verwertbare Aussagekraft haben.

Unterschiedliche Effekte waren auf der FPI-Skala 'Gehemmt-heit' zu beobachten: Bei den Klienten des *Verhaltenstrainings* trat nach Therapieende eine weitere Verringerung an Gehemmt-heit auf, während sich die Klienten der *kognitiven Umstrukturierung* im Schnitt auf dieser Skala nicht mehr veränderten.

5.3.2.4 Zusammenfassung der Unterschiede im Zeitraum 'post - follow-up'

Insgesamt zeigen die Ergebnisse (unter den genannten Einschränkungen), daß sich die Veränderungen nach Therapieende im symptomspezifischen Bereich von Selbstunsicherheit, auf spezifischen und allgemeinen Befindlichkeitsdimensionen und auf der Persönlichkeitsebene bei beiden Therapiemethoden im wesentlichen gleich darstellen. Lediglich auf einer Persönlichkeitsskala wurden Unterschiede in den Veränderungen festgestellt, die auf den Einfluß der Therapiemethode zurückzuführen waren.

5.4 Überprüfung der Wechselwirkungen zwischen Therapiemethode und Probleminhalt

Als eine Kernfrage der vorliegenden Untersuchung bezieht sich dieser Teil der Auswertung auf die *differentielle Wirksamkeit* der Therapiemethoden bei den unterschiedlichen Probleminhalten von positiver versus negativer Selbstsicherheit. Die statistische Überprüfung erfolgte wie in Abschn. 5.3 durch 2 X 2 - Varianzanalysen mit den Einflußfaktoren 'Therapiemethode' und 'Probleminhalt' über die Regressionsabweichungswerte.

5.4.1 Wechselwirkungen im Zeitraum 'prä-post'

Um wiederum nicht nur den Blick auf die Bereiche zu lenken, in denen Wechselwirkungseffekte positiv festgestellt werden konnten, wird im folgenden die Darstellungsgliederung nach Meßebenen beibehalten, obwohl sich die differentiellen Effekte auf wenige Bereiche konzentrieren.

5.4.1.1 Auf symptomspezifischer Ebene

Auf keinem der Selbstunsicherheitsfaktoren konnten Wechselwirkungseffekte aufgewiesen werden. Es gab keine Hinweise dafür, daß Verhaltenstraining bzw. kognitive Umstrukturierung im engeren Symptombereich unterschiedliche Veränderungen bei Kritik- und Kontaktproblemen bewirken. (Ergebnisse siehe Tab. A4 im Anhang.)

5.4.1.2 Auf der Befindlichkeitsebene

Zum Zeitpunkt der post-Messung konnten auf keiner der Befindlichkeitsdimensionen bedeutsame Wechselwirkungen zwischen Therapiemethode und Probleminhalt nachgewiesen werden. Auch bei Veränderungen der Befindlichkeit kann also vorläufig keine differentielle Wirksamkeit der Methoden bei der Behandlung von Kritik- im Unterschied zu Kontaktproblemen festgestellt werden (siehe Tabelle A4 im Anhang).

5.4.1.3 Auf der Persönlichkeitsebene

Differentielle Effekte der Methoden - je nach Art des Probleminhalts - konnten bei zwei Persönlichkeitsdimensionen aufgewiesen werden:

Beim *Verhaltenstraining* veränderten sich die Klienten aus der *Kritikgruppe* in Richtung auf mehr Dominanzstreben und strengere Urteile (FPI 7) und auf ein gesteigertes Durchsetzungsbewußtsein hin (FPI M), während die Klienten aus der *Kontaktgruppe* nachgiebiger, gemäßiger, toleranter und weniger durchsetzungsbewußt wurden.

Im Unterschied dazu veränderten sich die Klienten der *kognitiven Umstrukturierung* bei den beiden Probleminhalten in jeweils entgegengesetzter Richtung: Hier wurden die Klienten aus der *Kritikgruppe* im Mittel nachgiebiger, gemäßiger, toleranter und weniger durchsetzungsorientiert, während in der *Kontaktgruppe* eine Zunahme an Dominanzstreben und Maskulinität zu beobachten war (siehe Tab. A4 im Anhang).

5.4.1.4 Zusammenfassung der Wechselwirkungen im Zeitraum 'prä-post'

In der Verringerung von Selbstunsicherheit und im Abbau unangenehmer Gefühle konnte keine differentielle Wirksamkeit der beiden Therapiemethoden hinsichtlich der unterschiedlichen Probleminhalte von Kritik- versus Kontaktproblemen festgestellt werden. Differentielle Effekte wurden allein auf zwei Persönlichkeitsskalen beobachtet, deren gemeinsamer inhaltlicher Kern am besten mit dem Bemühen um Durchsetzen der eigenen Vorstellungen, Interessen oder Einstellungen überschrieben werden kann.

5.4.2 Wechselwirkungen im Zeitraum 'post - follow-up'

Ebenso wie in Abschn. 5.3 konnten über einige Variablen keine Varianzanalysen durchgeführt werden, da in einzelnen Gruppen jeweils die Regressionsabweichungswerte nicht berechnet werden konnten (s. o.).

5.4.2.1 Auf symptomspezifischer Ebene

Bei den Veränderungen auf den Selbstunsicherheitsskalen wurden keine Wechselwirkungen zwischen Therapiemethode und

Probleminhalt festgestellt. Auch nach Therapieende waren also im symptomspezifischen Bereich keine differentiellen Effekte von Verhaltenstraining oder kognitiver Umstrukturierung bei Kritik- versus Kontaktproblemen nachweisbar (siehe Tab. A5 im Anhang).

5.4.2.2 Auf der Befindlichkeitsebene

Signifikante Wechselwirkungseffekte wurden bei den Veränderungen auf den Befindlichkeitsdimensionen depressive vs. frohe Stimmung (EMI 2), erschöpftes vs. dynamisches Befinden (EMI 3), gestörtes Allgemeinbefinden vs. Wohlbefinden (EMI 7) festgestellt. (Weil die Veränderungswerte nicht berechnet werden konnten, mußte auf eine Auswertung über die Skalen EMI 5 und 6 verzichtet werden.)

Auf allen drei Befindlichkeitsdimensionen waren die beiden Therapiemethoden jeweils in der gleichen Weise differentiell wirksam bei den beiden Probleminhalten: *Verhaltenstraining* führte nach Therapieende in der *Kritikgruppe* jeweils zu tendenziellen Befindlichkeitsverschlechterungen und in der *Kontaktgruppe* zu weiteren Befindlichkeitsverbesserungen.

Umgekehrt verbesserten sich bei der *kognitiven Umstrukturierung* die Klienten aus der *Kritikgruppe*, während sich in der *Kontaktgruppe* nach Therapieende noch Befindlichkeitsverschlechterungen ergaben (siehe Tab. A5 im Anhang).

5.4.2.3 Auf der Persönlichkeitsebene

Wiederum konnte die statistische Prüfung nur bei den FPI-Skalen 1, 3, 4 und 8 durchgeführt werden. Hier zeigten sich keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Therapiemethode und Probleminhalt (siehe Tab. A5 im Anhang).

5.4.2.4 Zusammenfassung der Wechselwirkungen im Zeitraum 'post - follow-up'

Auch nach Therapieende wurden auf den Selbstunsicherheits-skalen keine differentiellen Effekte der Therapiemethoden anhand der unterschiedlichen Probleminhalte beobachtet. Ebenso wenig konnte im Persönlichkeitsbereich eine differentielle Wirksamkeit festgestellt werden. Im Bereich von Befindlichkeitsveränderungen wurden auf drei Skalen differentielle Effekte der Therapiemethoden bei den unterschiedlichen Probleminhalten gefunden, die inhaltlich alle drei in die gleiche Richtung gehen.

5.5 Darstellung der Veränderungsmuster

Dieser Teil der Auswertung soll die zentralen Zusammenhänge zwischen Veränderungen auf den verschiedenen Meßebenen in den einzelnen Behandlungsgruppen beschreiben. Dabei ist zu betonen, daß daraus keine Aussagen über die kausale Struktur der Zusammenhänge abgeleitet werden können.

Einige grundlegende Probleme in der Auswertung von Korrelationen wurden bereits zu Anfang dieses Kapitels angesprochen. Hinzu kommt im vorliegenden Fall die Schwierigkeit, daß die Korrelationsmatrix (26 X 26 Variablen) sehr groß ist im Vergleich zur Anzahl der Klienten innerhalb jeder Behandlungsgruppe. Eine vernünftige Möglichkeit, die inhaltliche Bedeutsamkeit der Zusammenhänge so gut wie möglich abzusichern, wurde in folgenden Vorsichtsmaßnahmen gesehen:

- Erstens werden Korrelationen innerhalb einer Meßebene (also auch innerhalb eines Instruments) nicht berücksichtigt, da hier a priori Zusammenhänge zu erwarten sind.
- Zweitens werden nur solche Korrelationen inhaltlich ausgewertet, die über beide Arten von Veränderungswerten abgesichert werden konnten.
- Schließlich sollen nur die übergreifenden Strukturen in den Zusammenhängen, nicht einzelne Koeffizienten, inhaltlich interpretiert werden.

Die Bedeutsamkeit der in den Behandlungsgruppen festgestellten Korrelationen kann außerdem noch durch den Vergleich zur unbehandelten KG weiter abgesichert werden.

In der KG dürfen nur wenige, besser noch keine, Korrelationen zwischen Veränderungswerten vorhanden sein, um begründet annehmen zu können, daß die in den Behandlungsgruppen vorfindlichen Veränderungsmuster durch die Therapie und nicht allein durch Zufall bedingt worden sind.

Insgesamt wurden in der KG nur 12 Korrelationen signifikant, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß aufgrund des erheblich größeren Stichprobenumfangs viel schneller als in den Therapiegruppen statistische Signifikanz erreicht wird. Die absolute Stärke der Zusammenhänge war in der KG in der Regel geringer als in den anderen Gruppen. Die KG-Ergebnisse legen also nahe, daß die in den Behandlungsgruppen festgestellten Korrelationen inhaltliche Bedeutsamkeit haben und Aussagen über die Therapiemethode zulassen.

5.5.1 Veränderungsmuster im Zeitraum 'prä-post'

Produkt-Moment-Korrelationen (PEARSON) wurden über die einfachen Differenzwerte und die Regressionsabweichungswerte berechnet (zu den Einzelergebnissen siehe Tab. A6 im Anhang). Entsprechend der obengenannten Kriterien für die Interpretierbarkeit eines Koeffizienten wurden insgesamt 113 signifikante Korrelationen festgestellt. Tabelle 9 gibt im folgenden einen formalen Überblick, wie sich die Anzahl der Zusammenhänge auf die einzelnen Behandlungsgruppen verteilt, und wieviele Zusammenhänge zu jeder der drei Meßebenen bestehen.

Tabelle 9:

Überblick über die Anzahl der Korrelationen zwischen Veränderungen auf verschiedenen Meßebenen in den einzelnen Behandlungsgruppen im Zeitraum 'prä-post'

	VKR	VKO	KKR	KKO	KG
Gesamtzahl der Korrelationen +	32	18	20	31	12
Korrelationen der Selbstunsicherheitsveränderungen	31	15	11	24	3
a) U X EMI	17	10	1	5	0
b) U X FPI	14	5	10	19	3
Korrelationen der Befindlichkeitsveränderungen	18	13	10	12	9
a) EMI X U	17	10	1	5	0
b) EMI X FPI	1	3	9	7	9
Korrelationen der Persönlichkeitsveränderungen	15	8	19	26	12
a) FPI X U	14	5	10	19	3
b) FPI X EMI	1	3	9	7	9

+ Zum Verständnis der Tabelle muß beachtet werden, daß durch die Aufschlüsselung in die unterschiedlichen Meßebenen gleiche Korrelationen mehrfach aufgeführt werden, so daß sich die Zahlen in der einzelnen Spalte jeweils zu mehr als der obigen Gesamtzahl aufaddieren.

Die reine Anzahl von Korrelationen innerhalb einer Behandlungsgruppe sagt - unabhängig vom Inhalt der beteiligten Variablen - schon etwas darüber aus, wie sehr Veränderungen auf den verschiedenen Ebenen voneinander abhängig oder unabhängig sind:

Beim *Verhaltenstraining* hängen Veränderungen auf den verschiedenen Meßebenen in der *Kritikgruppe* erheblich stärker als in der *Kontaktgruppe* untereinander zusammen. Verbesserungen oder Verschlechterungen innerhalb einer Meßebene oder

eines Erlebensbereichs haben in der Kritikgruppe also mehr Bedeutung für Veränderungen in anderen Bereichen als in der Kontaktgruppe.

Umgekehrt sieht das Korrelationsbild in der *kognitiven Umstrukturierung* aus. Hier sind die Veränderungen in der *Kontaktgruppe* stärker untereinander verbunden als in der *Kritikgruppe*. Verbesserungen oder Verschlechterungen auf verschiedenen Ebenen sind in der Kritikgruppe bedeutend unabhängiger voneinander als in der Kontaktgruppe.

5.5.1.1 Zur Bedeutung von symptom-spezifischen Änderungen

Beim *Verhaltenstraining* spielen Veränderungen im Symptombereich sowohl in der Behandlung von Kritik- als auch von Kontaktproblemen eine große Rolle. Betrachtet man diese Korrelationen unter Einbezug der vorherigen Effektivitätsüberprüfung (Abschn. 5.2), ergibt sich, daß sich in VKR und VKO Befindlichkeitsverbesserungen und konstruktive Änderungen auf der Persönlichkeitsebene überwiegend um eine Verringerung von Selbstunsicherheit drehen. Eine Abnahme der Symptomstärke scheint also sehr wesentlich für Verbesserungen in den anderen Bereichen zu sein.

In VKR geht eine Verringerung an Selbstunsicherheit (besonders auf den U-Skalen 2 und 3) jeweils mit Verbesserungen auf 6 der insgesamt 7 Befindlichkeitsskalen des EMI-B einher. Auf der Persönlichkeitsebene war die Abnahme der Symptomstärke (gemessen an den ersten 4 U-Faktoren) mit einem relativ konstanten Muster von Zunahme an Geselligkeit (FPI 5), Abnahme an Gehemtheit (FPI 8) und Zunahme an Maskulinität (FPI M) verbunden.

In VKO war eine Abnahme an Symptomstärke (besonders auf den U-Faktoren 1, 4 und 5) auf der Befindlichkeitsebene vor allem mit gesteigerter Spontaneität (EMI 5) und größerem allgemeinen Wohlbefinden (EMI 7) und auf der Persönlichkeitsebene mit einer Abnahme an Gehemtheit (FPI 8) verbunden.

Veränderungen auf symptomspezifischer Ebene haben bei der *kognitiven Umstrukturierung* - besonders in der Kritikgruppe - einen deutlich geringeren Stellenwert für Veränderungen auf anderen Ebenen als im Verhaltenstraining. Befindlichkeitsverbesserungen und konstruktive Persönlichkeitsänderungen sind hier weniger mit einer Verringerung an Selbstunsicherheit verbunden.

In KKR gingen die meisten konstruktiven Änderungen auf der Persönlichkeitsebene mit einer Abnahme an Fehlschlag- und Kritikangst einher. Nur in einem Fall bestand ein Zusammenhang zu Befindlichkeitsveränderungen (s. u.).

Auch *in KKO* war eine Abnahme an Symptomstärke kaum mit Befindlichkeitsveränderungen verbunden, dafür aber deutlich mit konstruktiven Änderungen auf der Persönlichkeitsebene. Mit einer Abnahme an Selbstunsicherheit (gemessen an den U-Skalen 1, 2 und 4) ging auf der Persönlichkeitsebene durchgängig eine Zunahme an Geselligkeit (FPI 5), häufig auch eine Abnahme an Gehemmtheit (FPI 8) und Nervosität (FPI 1) einher.

5.5.1.2 Zur Bedeutung von Befindlichkeitsveränderungen

Bei der Einschätzung der Zusammenhänge von Befindlichkeitsveränderungen wurde davon ausgegangen, daß diese in erster Linie eine Folge von Änderungen in anderen Bereichen sind und nicht Änderungen auf anderen Bereichen hervorrufen. Ohne Zweifel wird damit ein Kausalitätsgedanke in die Betrachtung der Korrelationen gebracht, der rein statistisch gesehen nicht angemessen ist. Andererseits aber stützt sich diese Sichtweise auf wesentliche theoretische Annahmen beider Therapiemethoden über das Zustandekommen von Befindlichkeitsverbesserungen: Beim Verhaltenstraining als Folge einer Zunahme an Kompetenz (hier gemessen an Verbesserungen auf dem U-Fragebogen), bei der kognitiven Umstrukturierung als Folge einer veränderten Bewertung (hier durch Veränderungen auf dem FPI zumindest ansatzweise erfaßt). Diese Theorieannahmen werden im wesentlichen auch durch die folgenden Ergebnisse bestätigt.

Befindlichkeitsveränderungen sind im *Verhaltenstraining* deutlich stärker mit Veränderungen im symptomspezifischen Bereich als mit Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene verbunden: In *VKR* gehen - mit nur einer Ausnahme - Befindlichkeitsverbesserungen immer mit einer Abnahme an Selbstunsicherheit einher; in *VKO* bestehen ebenfalls deutlich mehr Zusammenhänge zur Verringerung von Selbstunsicherheit als zu konstruktiven Persönlichkeitsänderungen (s. o. Tab. 9).

Bei der *kognitiven Umstrukturierung* - besonders bei der Behandlung von Kritikproblemen - sind Befindlichkeitsveränderungen stärker an Veränderungen im Persönlichkeitsbereich gebunden. In *KKR* gehen Befindlichkeitsveränderungen fast durchgängig mit Persönlichkeitsveränderungen einher. (Lediglich in einem Fall bestand eine negative Beziehung zwischen Veränderungen auf der Befindlichkeitsdimension "erschöpft vs. dynamisch" und auf dem Unsicherheitsfaktor "Kontaktangst".) In *KKO* kam diese Tendenz auch, aber in etwas abgeschwächter Form, zum Ausdruck (s. o. Tab. 9).

5.5.1.3 Zur Bedeutung von Persönlichkeitsveränderungen

Persönlichkeitsveränderungen haben im Veränderungsmuster des *Verhaltenstrainings* - wie auch die vorherigen Ergebnisse schon zeigen - einen deutlich geringeren Stellenwert als symptom-spezifische Änderungen. Auf die einzelnen Zusammenhänge zu Selbstunsicherheits- und Befindlichkeitsveränderungen war im vorigen schon eingegangen worden.

Sehr viel mehr Bedeutung haben Änderungen auf der Persönlichkeitsebene in der *kognitiven Umstrukturierung*; hier dreht sich in beiden Gruppen die Mehrzahl der Veränderungen um Änderungen im Persönlichkeitsbereich.

In KKR scheint eine Veränderung auf der FPI-Skala 'Erregbarkeit' besondere Bedeutung für Befindlichkeitsveränderungen zu haben. Eine Abnahme an Erregbarkeit geht einher mit einer Steigerung an ängstlichem (EMI 1), depressivem (EMI 2) und aggressivem (EMI 4) Befinden und einer Verschlechterung von Geborgenheitsgefühl (EMI 6) und allgemeinem Wohlbefinden (EMI 7) bzw. umgekehrt. Die meisten symptomspezifischen Verbesserungen hängen mit einer Abnahme an Gehemmtheit (FPI 8) und einer Zunahme an Maskulinität (FPI 12) zusammen.

In KKO drehen sich die meisten symptomspezifischen Verbesserungen um eine Abnahme an Nervosität (FPI 1) und an Gehemmtheit (FPI 8) und um eine Zunahme an Geselligkeit (FPI 5). Bei den Beziehungen zwischen Persönlichkeitsveränderungen und Befindlichkeitsveränderungen werden keine systematischen Tendenzen erkennbar.

5.5.2 Veränderungsmuster im Zeitraum 'post - follow-up'

Hierzu wurden Rangkorrelationen nach SPEARMAN berechnet, da speziell die FPI-Veränderungswerte nicht durchgängig normalverteilt waren (Korrelationsergebnisse siehe Tab. A7 im Anhang). Insgesamt wurden 65 signifikante Korrelationen gefunden, die sich wie folgt auf die einzelnen Behandlungsgruppen - jeweils aufgeschlüsselt nach den verschiedenen - Meßebenen verteilen:

.

Tabelle 10:

Überblick über die Anzahl der Korrelationen zwischen Veränderungen auf den verschiedenen Meßebenen in den einzelnen Behandlungsgruppen im Zeitraum 'post - follow-up'

	VKR	VKO	KKR	KKO
Gesamtzahl der Korrelationen ⁺	14	23	11	17
Korrelationen der Selbstunsicherheitsveränderungen	7	17	5	2
a) U X EMI	0	6	1	0
b) U X FPI	7	11	4	2
Korrelationen der Befindlichkeitsveränderungen	7	12	7	15
a) EMI X U	0	6	1	0
b) EMI X FPI	7	6	6	15
Korrelationen der Persönlichkeitsveränderungen	14	17	10	17
a) FPI X U	7	11	4	2
b) FPI X EMI	7	6	6	15

⁺ Durch die Aufschlüsselung nach verschiedenen Meßebenen werden die gleichen Korrelationen mehrfach aufgeführt, so daß sich die Zahlen in den Spalten jeweils zu mehr als der obigen Gesamtzahl aufaddieren.

Die Aussagekraft dieser Ergebnisse wird allerdings dadurch eingeschränkt, daß aus den genannten Gründen die folgenden EMI- bzw. FPI-Veränderungswerte nicht berechnet werden konnten: In VKR auf den Skalen FPI 5; in VKO auf den Skalen EMI 5 und 6, FPI 6, 7, 9, 10 und 12; in KKR auf den Skalen FPI 10 und 11; in KKO auf den Skalen FPI 2 und 5.

Unabhängig vom Inhalt der beteiligten Variablen kann dieser Übersicht entnommen werden, daß in der Zeit nach Therapieende die Veränderungen im *Verhaltenstraining* insgesamt stärker

miteinander verbunden sind als in der *kognitiven Umstrukturierung*. Allerdings ist dann der Zusammenhang von Veränderungen bei beiden Therapiemethoden in der Kritikgruppe geringer als in der Kontaktgruppe.

Beim *Verhaltenstraining* sind in der *Kritikgruppe* die Verbesserungen oder Verschlechterungen auf den verschiedenen Meßebenen deutlich unabhängiger voneinander geworden, während der Zusammenhang in der *Kontaktgruppe* im Vergleich zum Zeitraum bis Therapieende gestiegen ist.

Bei der *kognitiven Umstrukturierung* ist der Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Veränderungen in *beiden Gruppen* im Vergleich zum Zeitraum bis Therapieende schwächer geworden.

5.5.2.1 Zur Bedeutung von symptomsspezifischen Änderungen

Beim *Verhaltenstraining* spielen Änderungen im engeren Symptombereich nach Therapieende eine je nach Probleminhalt unterschiedliche Rolle: Während sich ihre Bedeutung in der Kritikgruppe verringert, nimmt sie in der Kontaktgruppe im Vergleich zum Zeitraum bis Therapieende etwas zu.

In VKR gehen symptomsspezifische Änderungen durchgängig nur mit Änderungen auf der Persönlichkeitsebene einher. Die meisten Beziehungen bestehen zu Veränderungen auf dem Unsicherheitsfaktor "Kontaktangst", die mit Veränderungen auf den FPI-Skalen "Erregbarkeit", "Gelassenheit" und "Emotionale Labilität" korrelieren.

In VKO gehen nach Therapieende symptomsspezifische Änderungen stärker mit Persönlichkeits- als mit Befindlichkeitsveränderungen (hauptsächlich auf EMI 3) einher. Am wichtigsten scheinen hier Veränderungen auf den U-Faktoren "Fehlschlag- und Kritikangst", "Kontaktangst", "Fordern können" und "Nicht-nein-sagen-können" zu sein. Fast durchgängig gingen symptomsspezifische Änderungen mit Veränderungen auf den FPI-Skalen "Gehemmtheit" und "Depressivität" einher.

Bei der *kognitiven Umstrukturierung* haben Änderungen auf symptom-spezifischer Ebene - ebenso wie im Zeitraum bis Therapieende - nur einen geringen Zusammenhang zu Veränderungen der Befindlichkeit oder der Persönlichkeit. Speziell in der Kontaktgruppe sind die Zusammenhänge zu symptom-spezifischen Veränderungen erheblich weniger geworden.

In KKR gehen Änderungen auf symptom-spezifischer Ebene (hauptsächlich auf den U-Faktoren 1 und 4) mit nur einer Ausnahme mit Änderungen auf der Persönlichkeitsebene einher; d. h. es besteht kaum noch ein Zusammenhang zu Befindlichkeitsveränderungen.

In KKO waren nur noch in zwei Fällen Beziehungen zwischen symptom-spezifischen Änderungen und Änderungen auf der Persönlichkeitsebene festzustellen. In dieser Gruppe haben nach Therapieende Veränderungen im engeren Bereich der Symptomatik fast keine Bedeutung mehr für Verbesserungen oder Verschlechterungen auf den anderen Erlebensebenen.

5.5.2.2 Zur Bedeutung von Befindlichkeitsveränderungen

Auch für den Zeitraum nach Therapieende wird davon ausgegangen, daß Befindlichkeitsveränderungen hauptsächlich eine Folge von Änderungen in anderen Bereichen sind.

Beim *Verhaltenstraining* sind Befindlichkeitsveränderungen - anders als im Zeitraum bis Therapieende - nicht mehr überwiegend mit symptom-spezifischen Veränderungen verbunden. In VKR gehen Änderungen der Befindlichkeit nur mit Änderungen auf der Persönlichkeitsebene einher (s. u.). In VKO sind Befindlichkeitsänderungen gleich stark mit symptom-spezifischen und Persönlichkeitsveränderungen verbunden.

Bei der *kognitiven Umstrukturierung* sind Befindlichkeitsveränderungen bei beiden Probleminhalten mit nur einer Ausnahme mit Änderungen auf der Persönlichkeitsebene verbunden. Diese Tendenz ist also im Vergleich zum Zeitraum bis Therapieende noch deutlicher geworden.

5.5.2.3 Zur Bedeutung von Persönlichkeitsveränderungen

Der Stellenwert von Veränderungen auf der Persönlichkeits-ebene ist im Zeitraum nach Therapieende in allen vier Behandlungsgruppen sehr groß; auch in den beiden Verhaltens- trainingsgruppen hat also die relative Bedeutung von Persönlichkeitsveränderungen nach Therapieende zugenommen. (Hier muß aber noch einmal daran erinnert werden, daß einige FPI-Skalen aus der Matrix herausgefallen sind.)

In VKR sind Persönlichkeitsveränderungen an allen symptom- spezifischen und Befindlichkeitsveränderungen beteiligt. Besondere Bedeutung für Befindlichkeitsveränderungen scheinen dabei Ver-änderungen auf der FPI-Skala "Extraversion" zu haben, die mit Veränderungen auf sämtlichen EMI-Skalen korrelieren.

In VKO haben Persönlichkeitsveränderungen nach Therapieende gleich große Bedeutung wie symptom- spezifische Veränderungen. Am wichtigsten für symptom- spezifische und Befindlichkeits- veränderungen sind dabei Veränderungen auf den FPI-Skalen "Depressivität" und "Gehemmtheit". Insgesamt sind hier mehr Beziehungen zu symptom- spezifischen Veränderungen vorhanden.

Bei der *kognitiven Umstrukturierung* sind Veränderungen auch nach Therapieende mit nur einer Ausnahme mit Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene verbunden, deren relative Bedeutung speziell in der Kontaktgruppe noch zugenommen hat. Insgesamt sind Persönlichkeitsveränderungen mehr mit Befindlichkeits- als mit Selbstunsicherheitsveränderungen verknüpft.

In KKR hängen mit einer Ausnahme alle Veränderungen mit Verän-derungen auf der Persönlichkeitsebene zusammen. Die größte Bedeutung für Änderungen auf der Befindlichkeitsebene haben Veränderungen auf der FPI-Skala "Gelassenheit". Weniger Zusam- menhänge bestehen zu Selbstunsicherheitsveränderungen, die am meisten mit Veränderungen auf der FPI-Skala "Gehemmtheit" ver- bunden sind.

In KKO drehen sich alle Veränderungen ausnahmslos um Verän-derungen auf der Persönlichkeitsebene. Befindlichkeitsverän-derungen sind am häufigsten mit Veränderungen auf den FPI-Skalen "Dominanzstreben", "Emotionale Labilität" und "Maskulinität" verbunden.

6 DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND SCHLUSSBETRACHTUNG

Die Hauptaufgabe des Schlußkapitels der Arbeit besteht darin, anhand einer zusammenfassenden Betrachtung der vorliegenden Ergebnisse die *Beantwortung der Untersuchungsfragen* zu versuchen. Aus einer kritischen Einschätzung von Versuchsplanung und -durchführung heraus soll anschließend der Stellenwert der Ergebnisse für das zugrundeliegende Forschungs- und Praxisfeld diskutiert werden. Dabei werden auch mögliche Konsequenzen der Ergebnisse für die therapeutische Praxis erörtert und Problemstellungen für weitere Forschungsarbeiten angesprochen.

6.1 Beantwortung der Untersuchungsfragen

Ziel des folgenden Abschnittes ist es, entlang der speziellen Gesichtspunkte der vier Untersuchungsfragen Aussagen über die therapeutische Wirksamkeit von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung (repräsentiert durch die RET) zu machen. Zur besseren Veranschaulichung wird als erstes jeweils ein inhaltlicher Überblick der bedeutsamen Ergebnisse gegeben, auf dessen Grundlage dann Gewichtungen, Einschätzungen und Schlußfolgerungen im Hinblick auf die jeweilige Fragestellung vorgenommen werden.

6.1.1 Zum Effektivitätsnachweis von Verhaltens- training und kognitiver Umstrukturierung

Übergeordnet war die Frage, in welchem Umfang sich die bisher vorwiegend in Analogstudien gewonnenen Effektivitätsnachweise beider Behandlungsmethoden auch bei einer relativ unselegierten Stichprobe mit komplexeren und ausgeprägteren Selbstunsicherheitsproblemen bestätigen lassen. Ausgangspunkt zur Beantwortung dieser Frage ist eine Durchsicht der bedeutsamen Veränderungen, die jede Methode (gemessen an der

unbehandelten KG) bei Problemen der positiven und bei Problemen der negativen Selbstsicherheit in der Selbsteinschätzung eigener Kompetenzen, der emotionalen Befindlichkeit und in der Selbstwahrnehmung der Persönlichkeit bewirken konnte. Als erstes werden im folgenden die Effekte zusammengefaßt, die im *Verhaltenstraining bei Problemstellungen der negativen Selbstsicherheit* direkt zu Therapieende und vier Monate später festgestellt werden konnten:

- In den acht Sitzungen wurden nicht nur Angst vor Fehlschlägen und Kritik, sondern auch Ängste im Kontaktbereich, Ängste, Forderungen zu stellen oder abzulehnen und übertriebene Schuldgefühle abgebaut. Nur in einem Bereich trat keine bedeutsame Verbesserung ein. Die Zunahmen an Selbstsicherheit blieben auch in den vier Monaten nach Ende der Therapie erhalten.
- Zu Therapieende fühlten sich die Klienten zudem angstfreier und spontaner, sie fühlten sich allgemein wohler und wurden entspannter, gelassener und optimistischer im Erleben. Diese Effekte blieben bis zum follow-up stabil. Keine bedeutsamen Verbesserungen konnten im Bereich depressiver, erschöpfter und aggressiver Stimmungen und bei Gefühlen von Verlassenheit erzielt werden. Auf der Befindlichkeitsebene konzentrierten sich die Effekte des Verhaltenstrainings in Anwendung bei Kritikproblemen also auf verhältnismäßig wenige Bereiche.
- Erstaunlich breit angelegt waren die Effekte auf der Persönlichkeitsebene, obwohl der FPI sicher kein extrem sensibles Instrument ist und acht Sitzungen noch eine ziemlich kurze Behandlungsdauer darstellen. Direkt zu Therapieende nahmen sich die Klienten als ruhiger, geselliger, ungezwungener und extravertierter wahr. Auf der Dimension 'Gelassenheit', die ebenfalls einen wichtigen Aspekt psychischer Gesundheit darstellt, war zu diesem Zeitpunkt keine bedeutsame Verbesserung festzustellen. Die genannten positiven Effekte blieben in den vier Monaten danach erhalten; zudem schätzten sich die Klienten noch als weniger depressiv und als gelassener als direkt zu Therapieende ein.

In Anwendung *bei Problemstellungen der positiven Selbstsicherheit* bewirkte *Verhaltenstraining* folgende bedeutsame Veränderungen:

- Es wurden ebenfalls nicht allein Hemmungen im Kontaktbereich beträchtlich verringert; es konnten auch Ängste, kritisiert zu werden, Forderungen zu stellen oder abzulehnen, und die übertriebene Beachtung sozialer Normen abgebaut werden. Wiederum trat nur in einem Bereich keine Verbesserung ein. Die genannten Verbesserungen blieben vier Monate nach Therapieende stabil, so daß davon ausgegangen werden kann, daß Verhaltenstraining auch bei Problemen der positiven Selbst-

sicherheit eine umfangreiche und dauerhafte Verringerung an Selbstunsicherheit bewirken kann.

- Neben einer Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und einer Zunahme an Entspannung, Gelassenheit und Optimismus fühlten sich die Klienten direkt zu Therapieende angstfreier, spontaner, weniger aggressiv und geborgener. Diese positiven Effekte blieben bis zum follow-up erhalten; zudem nahmen Entspannung, Gelassenheit und Optimismus noch weiter zu. Keine bedeutsame Verringerung konnte an aggressiver und an erschöpfter Stimmung erreicht werden. Insgesamt sind die Effekte des Verhaltenstrainings auf der Befindlichkeitsebene in Anwendung bei Kontaktproblemen dichter und weitgehender als in Anwendung bei Kritikproblemen.
- Im Bereich der Persönlichkeitseinschätzung führte Verhaltenstraining in Anwendung bei Kontaktproblemen ebenfalls dazu, daß sich die Klienten nach den acht Sitzungen als ruhiger und ungezwungener beurteilten; zudem beschrieben sie sich als weniger aggressiv und nachgiebiger. Wiederum war zu diesem Zeitpunkt keine bedeutsame Zunahme an Gelassenheit festzustellen. Diese Veränderungen, die in Richtung auf mehr Mäßigung und Nachgiebigkeit gehen, konnten sich auch ohne Fortgang der therapeutischen Unterstützung konsolidieren; zudem schätzten sich die Klienten zum follow-up als durchsetzungsbewußter und weniger psychosomatisch gestört ein. Auch in Anwendung bei Problemen der positiven Selbstsicherheit bewirkt Verhaltenstraining also eine Reihe von Veränderungen in der Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit.

Folgende Effekte konnte *kognitive Umstrukturierung* direkt zu Therapieende und vier Monate später bei *Problemstellungen der negativen Selbstsicherheit* bewirken:

- Auf allen gemessenen Kompetenzbereichen wurden in der Selbsteinschätzung der Klienten erhebliche Verbesserungen erreicht. Nachdem diese Effekte auch nach Therapieende erhalten blieben, kann kognitive Umstrukturierung in Anwendung bei Kritikproblemen als sehr wirksam in der Verringerung von Selbstunsicherheit angesehen werden.
- Ebenso breit angelegt war die Wirksamkeit der RET im Abbau belastender Gefühle: Die Klienten fühlten sich zu Therapieende einerseits allgemein besser, entspannter, gelassener und optimistischer, andererseits auch angstfreier, hoffnungsvoller, nachgiebiger, spontaner und geborgener. Lediglich im Bereich von erschöpftem Befinden trat keine bedeutsame Verbesserung ein. Die genannten Verbesserungen konnten bis zum follow-up konsolidiert werden, so daß von einer sehr breiten und dauerhaften Effektivität der kognitiven Umstrukturierung in Anwendung bei Problemen der negativen Selbstsicherheit gesprochen werden kann.

- Auf den Persönlichkeitsdimensionen schätzten sich die Klienten zu Therapieende als ruhiger, nachgiebiger, ungezwungener und emotional stabiler ein. Zu diesem Zeitpunkt war keine besondere Zunahme an Gelassenheit festzustellen. In den vier Monaten nach Beendigung der Behandlung kam noch eine weitere Verringerung an depressiven Tendenzen hinzu. Kognitive Umstrukturierung konnte auf der übergreifenden Ebene der Einschätzung der eigenen Person in Anwendung bei Kritikproblemen zu verschiedenen konstruktiven Veränderungen führen, die in Richtung auf größere persönliche Stabilität, Ausgewogenheit und mehr Nachgiebigkeit gehen.

Auch in Anwendung *bei Problemstellungen der positiven Selbstsicherheit* konnte kognitive Umstrukturierung zu einer Reihe von bedeutsamen Effekten führen:

- Über den bedeutsamen Abbau von Kontaktängsten hinaus wurden eine Verringerung an Angst, kritisiert zu werden, Forderungen zu stellen und abzulehnen, und an übertriebener Beachtung sozialer Normen erzielt. Nur in einem Bereich konnte keine bedeutsame Verbesserung bewirkt werden. Die Verbesserungen blieben nach Therapieende stabil, so daß man die Effektivität der kognitiven Umstrukturierung im symptomspezifischen Bereich auch in Anwendung bei Problemen der positiven Selbstsicherheit als zufriedenstellend ansehen kann.
- Neben einer Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und einer Steigerung an Entspannung, Gelassenheit und Zuversicht fühlten sich die Klienten nach den acht Sitzungen auch angstfreier, hoffnungsvoller, dynamischer, spontaner und geborgener. Nur bei aggressiven Stimmungen war zu Therapieende keine besondere Verbesserung festzustellen. Ansonsten aber waren die positiven Effekte der kognitiven Umstrukturierung auf der Befindlichkeitsebene direkt zu Therapieende in Anwendung bei Kontaktproblemen ebenso umfangreich wie in Anwendung bei Kritikproblemen. In den vier Monaten nach Therapieende konnten diese positiven Befindlichkeitsveränderungen aber nicht durchgängig konsolidiert werden. Statt dessen fühlten sich die Klienten beim follow-up ängstlicher, aggressiver und auch allgemein wieder gestörter. Die Stabilität der Befindlichkeitsverbesserungen, die kognitive Umstrukturierung in Anwendung bei Kontaktproblemen bewirkte, war also deutlich geringer als in der Behandlung von Kritikproblemen.
- Auf der Persönlichkeitsebene schätzten sich die Klienten nach den acht Sitzungen als weniger nervös, als weniger depressiv, weniger erregbar sowie als gelassener, ungezwungener und auch durchsetzungsbewußter ein. Diese breit verzweigten Veränderungen blieben nach Abschluß der Therapie weiter erhalten; zudem trat ebenso wie in der Behandlung von Kritikproblemen noch eine weitere Abnahme an depressiven Persönlichkeitstendenzen auf.

Dieses Bild der therapeutischen Effekte beider Methoden liefert eine umfangreiche Bestätigung dafür, daß Verhaltenstraining und kognitive Umstrukturierung generell auch bei einem stärker gestörten, relativ unselegierten Klientel sehr wirksam in der Behandlung von Selbstunsicherheit sind:

Beide Methoden führten dazu, daß sich die Klienten nach den acht Therapiesitzungen in verschiedenen Kompetenzbereichen selbstsicherer einschätzten und daß diese Verbesserungen auch nach einem Zeitraum von vier Monaten beibehalten werden konnten. Hier bestehen deutliche Übereinstimmungen zu den Effekten, die in amerikanischen Untersuchungen auf Fragebögen zur sozialen Angst und Kompetenz nachgewiesen wurden.

Die Wirksamkeit beider Therapiemethoden konnte aber auch in weiteren Bereichen des psychischen Erlebens aufgezeigt werden, die von anderen Untersuchungen noch nicht in der Effektivitätsmessung berücksichtigt worden sind. So ist besonders hervorzuheben, daß sich in allen vier Behandlungsgruppen eine umfangreiche und anhaltende Verbesserung auf einer grundlegenden Dimension der Selbsteinschätzung von Erleben und Verhalten einstellte, wie sie im VEV mit einer Zunahme an Entspannung, Gelassenheit und Zuversicht erfaßt wird. Daß beide Methoden nicht nur positive Veränderungen im engeren Bereich der sozialen Kompetenz bewirken, zeigen auch die Effekte, die mit dem FPI erfaßt wurden und die auf eine veränderte Wahrnehmung der eigenen Person hinweisen.

Die Gesamteinschätzung der generellen Effektivität differenziert sich ein wenig, wenn man die Ergebnisse der Stabilitätsüberprüfung im follow-up einbezieht: Bei der kognitiven Umstrukturierung ergibt sich daraus ein Hinweis dafür, daß die Effektivität dieser Methode in der Behandlung von Kritikproblemen möglicherweise größer ist als in der Behandlung von Kontaktproblemen, da sich hier nach Therapieende in einigen Bereichen der emotionalen Befindlichkeit wieder Verschlechterungen einstellten.

Wie gravierend diese Verschlechterungen für das Gesamtbefinden der Person sind, kann nicht eindeutig beantwortet werden, da in anderen Bereichen - wie auch der Einschätzung eigener Kompetenzen - keine Verschlechterungen eintraten und auf der Persönlichkeitsdimension 'Depressivität' sogar noch eine bedeutsame Verbesserung zu verzeichnen war. Deshalb sollten die festgestellten negativen Befindlichkeitsveränderungen nach Therapieende als ein Hinweis dafür genommen werden, daß noch näher zu untersuchen ist, wie wirksam kognitive Umstrukturierung bei Problemen der positiven Selbstsicherheit ist, und wie gut speziell die Langzeiteffekte sind.

Sicherlich wäre es aber verfrüht und nicht angemessen, würde man aus den vorliegenden Ergebnissen den Schluß ziehen, daß kognitive Umstrukturierung keine geeignete Methode zur Behandlung von Problemen der positiven Selbstsicherheit sei (s. u.). Das würde die eingetretenen Befindlichkeitsverschlechterungen überbewerten und alle anderen Verbesserungen - der sozialen Kompetenz und der Selbsteinschätzung der eigenen Person - zu gering bewerten.

In der Gesamtheit betrachtet bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, daß Verhaltenstraining und kognitive Umstrukturierung auch bei Klienten verschiedenen Alters, unterschiedlicher Bildung und aus insgesamt unterschiedlichen sozialen Lebensbezügen, die teilweise mit sehr komplexen und ausgeprägten zwischenmenschlichen Problemen in die Therapie kamen, in großem Umfang wirksam sind. Ebenso konnte gezeigt werden, daß sich diese Wirksamkeit nicht nur auf den Bereich der negativen Selbstsicherheit, sondern auch auf das Gebiet der positiven Selbstsicherheit erstreckt.

6.1.2 Unterschiede in den Effekten von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung

Diese Fragestellung bezog sich auf Unterschiede zwischen beiden Therapiemethoden im Ausmaß und in der Richtung der Veränderungen:

Bei den Effekten auf den Selbstunsicherheitsskalen zeigten

sich weder direkt zu Therapieende noch vier Monate später quantitative oder qualitative Unterschiede zwischen beiden Methoden. Auch auf der Befindlichkeitsebene traten zu beiden Meßzeitpunkten keine bedeutsamen Unterschiede in den Veränderungen auf, die allein auf den Einfluß der unterschiedlichen Therapiemethoden zurückgeführt werden konnten.

Auf der Persönlichkeitsebene waren folgende Unterschiede festzustellen: Während die Klienten aus den Verhaltenstrainingsgruppen ruhiger und beherrschter wurden, beschrieben sich die mit der RET behandelten Klienten direkt zu Therapieende als impulsiver und auch spontan-aggressiver.

Dieses Ergebnis sollte nicht überbewertet werden, da die post-Werte bei beiden Therapiemethoden noch im Mittelbereich der Skala liegen. Deshalb kann dieses Ergebnis nur als ein gewisser Hinweis dafür verstanden werden, daß möglicherweise im Bereich des Umgangs mit aggressiven Affekttendenzen ein qualitativer Unterschied in der Wirkungsrichtung der beiden Therapiemethoden besteht. Zudem wird mit dieser Skala wahrscheinlich eher erfaßt, wieweit sich jemand vorhandene aggressive Ideen eingesteht, und nicht, wieweit er sie auch tatsächlich auslebt.

Deshalb braucht es auch nicht als Widerspruch zu erscheinen, wenn bei der kognitiven Umstrukturierung gleichzeitig bei den Persönlichkeitsdimensionen eine stärkere Zunahme an Gelassenheit auftrat als im Verhaltenstraining. Die größere Wirksamkeit der kognitiven Umstrukturierung auf dieser, m. E. sehr wichtigen Dimension des persönlichen Erlebens, kann sehr naheliegend durch die spezielle Lebensphilosophie erklärt werden, die in der rationalen Umstrukturierung vermittelt wird. In der RET wird verstärkt, über den gesamten Verlauf der Therapie hin, daran gearbeitet, Katastrophierungsgedanken abzubauen und statt dessen unangenehme Realitäten in einer rationaleren, d. h. nicht zuletzt auch gelasseneren Weise, zu akzeptieren. Anscheinend war Verhaltenstraining

bis zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage, umfangreichere Verbesserungen an Gelassenheit zu bewirken.

Nach Therapieende jedoch bewirkte Verhaltenstraining die besseren Effekte auf der Persönlichkeitsdimension 'Gehemmt-heit', die inhaltlich auch einige Gemeinsamkeiten zur Dimension 'Gelassenheit' aufweist. Beim Verhaltenstraining trat noch eine weitere Abnahme an Gehemmtheit ein, was in den kognitiven Gruppen im Mittel nicht der Fall war. Zusätzlich war auf der Persönlichkeitsdimension 'Gelassenheit' eine deutliche Tendenz (Signifikanztest konnte nicht berechnet werden) dahingehend zu beobachten, daß die Klienten des Verhaltenstrainings sich nach den vier Monaten um einiges gelassener einschätzten, während die Klienten aus den kognitiven Gruppen weniger Gelassenheit berichteten als direkt zu Abschluß der Therapien. Im Zusammenhang mit den obigen Ergebnissen betrachtet deuten diese Ergebnisse darauf hin, daß konstruktive Änderungen in der Wahrnehmung der eigenen Person beim kognitiven Training schneller und in größerem Umfang als im Verhaltenstraining eintreten, daß diese Effekte aber nicht so stabil sind wie im Verhaltenstraining.

Insgesamt betrachtet ist jedoch festzustellen, daß sich bei den 26 abhängigen Variablen in zwei Meßzeiträumen nur in insgesamt drei Fällen bedeutsame Unterschiede in der Wirksamkeit von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung feststellen ließen. Aus dieser Größenordnung heraus erscheint es nicht sinnvoll, die vorhandenen Unterschiede noch weiter inhaltlich zu interpretieren oder daraus sogar noch weitergehende Schlußfolgerungen über Unterschiede im generellen therapeutischen Nutzen der Methoden zu ziehen.

Vielmehr sprechen diese Ergebnisse insgesamt dafür, daß es kaum generelle Unterschiede in der Wirksamkeit von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung gibt:

Beide Methoden scheinen gleich effektiv in der Verbesserung

von sozialer Kompetenz im engeren Sinne zu sein, was schon von den vorherigen Daten gezeigt wurde und im wesentlichen auch von anderen Untersuchungen bestätigt wird. Ebenso zeigen sich auch im Bereich der emotionalen Befindlichkeit - ohne Einbezug differentieller Gesichtspunkte - keine bedeutsamen Unterschiede in Ausmaß oder Art der Effekte. Auch die festgestellten Unterschiede im Bereich von Änderungen der Wahrnehmung der eigenen Person sind nicht dicht genug, um eine klare, eindeutige Bewertung der beiden Methoden vorzunehmen. Sie können lediglich als ein Hinweis dafür verstanden werden, daß die vom Verhaltenstraining bewirkten Effekte möglicherweise eine größere Stabilität haben, wozu aber noch weitere empirische Belege gefunden werden müßten.

6.1.3 Die differentielle Wirksamkeit der Methoden bei den unterschiedlichen Probleminhalten

Im symptomspezifischen Bereich scheint die Art des Problem-inhalts, der in der Therapie behandelt wird, offenbar keine differentielle Bedeutung für die Effektivität der beiden Therapiemethoden zu haben. Verhaltenstraining und kognitive Umstrukturierung waren bei Problemen der positiven und der negativen Selbstsicherheit gleich effektiv in der Verbesserung der eigenen Kompetenzeinschätzung. Dies gilt auch für die Stabilität der symptomspezifischen Änderungen.

Direkt zu Therapieende zeigte sich auch auf der Befindlichkeitsebene keine differentielle Wirksamkeit der Methoden. Wie sich auch schon bei der Überprüfung von Effektivitätsunterschieden (Abschn. 6.1.2) gezeigt hat, waren Verhaltenstraining und RET direkt zu Abschluß der Therapie offenbar bei Problemen der positiven und der negativen Selbstsicherheit gleich gut in der Lage, belastende Gefühle zu verringern und das emotionale Allgemeinbefinden der Klienten zu verbessern.

Die Stabilität der Befindlichkeitsverbesserungen war dann aber in den vier Monaten nach Therapieende bei den Therapiemethoden je nach behandeltem Probleminhalt unterschiedlich: In der kognitiven Umstrukturierung fühlten sich die Klienten der Kritikgruppe hoffnungsvoller, dynamischer und auch allgemein wohler, während die Klienten der Kontaktgruppe wieder depressiver, erschöpfter und allgemein schlechter gestimmt waren. Beim Verhaltenstraining zeigte die Richtung der Veränderungen bei den beiden Probleminhalten die umgekehrte Tendenz.

Was die Stabilität der Befindlichkeitsverbesserungen anbelangt, scheint also die Wirkung der kognitiven Umstrukturierung bei Kritikproblemen dauerhafter zu sein als bei Kontaktproblemen, was sich auch schon durch die Ergebnisse zur generellen Effektivität beider Methoden (Abschn. 6.1.1) vermuten ließ. Verhaltenstraining scheint im Unterschied dazu eine beständigere Wirksamkeit bei Kontaktproblemen hervorzurufen als bei Kritikproblemen, was auch dadurch unterstrichen wird, daß die Klienten der Kontaktgruppe sich zum follow-up hin erneut auf dem VEV verbessert hatten (Abschn. 6.1.1).

Im Persönlichkeitsbereich wurde direkt zu Therapieende eine differentielle Wirksamkeit der Methoden auf den Dimensionen 'Dominanzstreben' und 'Maskulinität' sichtbar: Beim Verhaltenstraining trat in der Kontaktgruppe eine deutliche Verringerung an Dominanzstreben ein, während sich in der Kritikgruppe eine Zunahme an Dominanzstreben einstellte. Bei der kognitiven Umstrukturierung waren die Tendenzen der Veränderungen in Kritik- und Kontaktgruppe umgekehrt. Bei der Persönlichkeitsdimension 'Maskulinität', deren Items zu einem großen Teil aus der Dimension 'Dominanzstreben' stammen, trat bei der kognitiven Umstrukturierung in der Kontaktgruppe eine deutliche Zunahme auf und in der Kritikgruppe eine Verringerung. Umgekehrt waren die Veränderungsrichtungen im Verhaltenstraining.

Nach Therapieende bis zum follow-up hin traten keine differentiellen Effekte der Therapiemethoden bei den unterschiedlichen Probleminhalten auf. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß nur auf vier Persönlichkeitsdimensionen eine Signifikanzprüfung vorgenommen werden konnte.

Die differentielle Wirksamkeit von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung auf den Persönlichkeitsdimensionen 'Dominanzstreben' und 'Maskulinität' muß m. E. im Zusammenhang mit den differentiellen Langzeiteffekten beider Methoden auf der Befindlichkeitsebene gesehen werden. Nur dann können beide Ergebnisse m. E. angemessen beurteilt werden:

Geht man von den im follow-up gemessenen Befindlichkeitsverbesserungen und -verschlechterungen aus, so scheint Verhaltenstraining - zumindest tendenziell - die günstigeren Effekte in der Behandlung von Kontaktproblemen und kognitive Umstrukturierung die besseren Effekte in der Behandlung von Kritikproblemen zu bewirken.

Daraus kann die Schlußfolgerung gezogen werden, daß es für die erfolgreiche Behandlung von Kontaktproblemen durch Verhaltenstraining wichtig war, daß die Klienten in ihren Einstellungen und Verhaltenstendenzen nachgiebiger, toleranter und etwas weniger durchsetzungsorientiert geworden sind. Möglicherweise hat hierzu wesentlich beigetragen, daß im Verhaltenstraining verstärkt ein differenziertes Verhaltensrepertoire zum nuancierten Ausdruck von Zuneigung eingeübt wird, und daß dadurch insbesondere nachgiebige, gemäßigte Persönlichkeitstendenzen gefördert werden. Auf der anderen Seite führte kognitive Umstrukturierung bei Kontaktproblemen zu einer Steigerung von Durchsetzungstendenzen, was sich in Befindlichkeitsverschlechterungen beim follow-up bemerkbar machte und m. E. dadurch zu erklären ist, daß die RET darauf hinarbeitet, den Klienten mehr auf sein eigenes Urteil zu orientieren und unabhängiger von der Zuneigung durch andere zu machen.

Im Unterschied dazu kann angenommen werden, daß es für die erfolgreiche Behandlung von Kritikproblemen durch kognitive Umstrukturierung wichtig war, daß Durchsetzungstendenzen eher verringert wurden. Diese Entwicklung ist dadurch erklärbar, daß in der RET in beträchtlichem Maße daran gearbeitet wird, Kritik von anderen akzeptieren zu können und nicht als Katastrophe oder Zeichen für persönlichen Wertverlust anzusehen. Hingegen führte Verhaltenstraining in der Kritikgruppe zu einer Zunahme an Durchsetzungstendenzen, was deutlich geringere Befindlichkeitsverbesserungen mit sich brachte und m. E. darauf zurückgeführt werden kann, daß in der Verhaltensübung stärker das Äußern von Kritik als das Annehmen von Kritik eintrainiert wird.

Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse die Annahme, daß die Art des Probleminhalts, d. h. konkret negative im Unterschied zu positiver Selbstsicherheit, zumindest auf der Ebene des emotionalen Befindens und im Bereich der Persönlichkeitseinschätzung Moderatorfunktion für die Wirkweise von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung übernehmen kann. Diese Ergebnisse - auch auf dem Hintergrund der generellen Effektivitätsnachweise und -vergleiche (Abschn. 6.1.1 und Abschn. 6.1.2) - legen nahe, daß Verhaltenstraining ein größeres therapeutisches Potential in der Behandlung von Kontaktproblemen hat, da hier die Verbesserungen des emotionalen Befindens dauerhafter und größer sind als bei der Behandlung von Kritikproblemen. Auf der anderen Seite scheint die Methode der kognitiven Umstrukturierung einen größeren und anhaltenderen Therapieerfolg bei Kritikproblemen als bei Kontaktproblemen zu bewirken.

Dennoch würde man m. E. die Menge der vorliegenden empirischen Hinweise überstrapazieren, wollte man daraus gleichzeitig jetzt schon den Schluß ziehen, daß Verhaltenstraining ungeeignet zur Behandlung von Kritikproblemen und kognitive Umstrukturierung ungeeignet zur Behandlung von Kontaktpro-

blemen sei. Dafür waren insgesamt auf zu wenigen abhängigen Variablen derartige Wechselwirkungseffekte nachweisbar. Welche Schlußfolgerungen aus diesen Ergebnissen für die therapeutische Umsetzung der Methoden gezogen werden können, wird im folgenden noch ausführlicher angesprochen (Abschn. 6.3).

6.1.4 Vergleich der Veränderungsmuster

Diese Fragestellung war darauf gerichtet, inwieweit zentrale übergreifende Tendenzen in den Zusammenhängen zwischen Veränderungen auf den verschiedenen Meßebenen in den Behandlungsgruppen identifiziert werden können. Die Beantwortung dieser Fragestellung sollte zusätzliche Informationen zur Wirkweise der Therapiemethoden und zu Unterschieden zwischen den Methoden liefern.

Die wichtigste übergreifende Linie bei den Veränderungsmustern im Verhaltenstraining - sowohl in der Kritik- als auch in der Kontaktgruppe - äußerte sich direkt zu Therapieende darin, daß Veränderungen im symptomspezifischen Bereich - also Verbesserungen (oder Verschlechterungen) in der Einschätzung der eigenen Kompetenz - eine zentrale Position einnehmen. Ohne damit einen kausalen Zusammenhang aufstellen zu wollen, wird angenommen, daß Befindlichkeitsverbesserungen und konstruktive Veränderungen auf der Persönlichkeits-ebene - wie z. B. die Abnahme an Gehemmtheit - im Verhaltenstraining primär damit zusammenhängen, daß die Klienten sich als selbstsicherer erleben.

In den Veränderungsmustern der beiden kognitiven Gruppen nehmen direkt zu Therapieende Änderungen auf der Persönlichkeits-ebene eine zentrale Rolle ein. Befindlichkeitsverbesserungen und Verbesserungen in der Einschätzung der eigenen Kompetenz drehen sich in der kognitiven Umstrukturierung vorwiegend

darum, daß sich die Klienten in ihrer Persönlichkeit anders wahrnehmen, sich z. B. als weniger gehemmt einschätzen.

Zum Zeitpunkt der post-Messung besteht also der wichtigste Unterschied zwischen den Veränderungsmustern im Verhaltenstraining und in der kognitiven Umstrukturierung darin, daß sich Verbesserungen im Verhaltenstraining vorrangig um eine Zunahme an selbst wahrgenommener Kompetenz drehen, während sich Verbesserungen in der kognitiven Umstrukturierung hauptsächlich um Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene bewegen. Dieser Unterschied entspricht eigentlich sehr genau dem, was von den theoretischen Grundlagen der Methoden jeweils als Mechanismus der Veränderung postuliert wird.

In den vier Monaten nach Therapieende ist die Rolle von symptomspezifischen Änderungen im Verhaltenstraining je nach Probleminhalt unterschiedlich wichtig geworden: Die Bedeutung von Verbesserungen der sozialen Kompetenz ist in der Kritikgruppe beträchtlich zurückgegangen. Hier gehen Befindlichkeitsverbesserungen jetzt ausschließlich mit Änderungen auf der Persönlichkeitsebene, d. h. im speziellen mit einer Zunahme an Extraversion, einher. In der Kontaktgruppe hingegen sind symptomspezifische Änderungen ungefähr gleich stark wie vorher an Änderungen auf den anderen Ebenen beteiligt. Allerdings gehen hier nach Therapieende Verbesserungen der sozialen Kompetenz stärker mit Persönlichkeitsveränderungen - speziell mit einer Verringerung an Depressivität und Gehemtheit - als mit Befindlichkeitsverbesserungen einher. Ansonsten sind Befindlichkeitsverbesserungen insgesamt in der Kontaktgruppe gleichermaßen an Symptomabnahme und positivere Wahrnehmung der eigenen Person gebunden.

In den beiden kognitiven Gruppen ist die zentrale Position von Änderungen auf der Persönlichkeitsebene auch nach Therapieende erhalten geblieben. Befindlichkeitsverbesserungen gehen in der Kritikgruppe vorwiegend damit einher, daß die Klienten sich als gelassener auf der Persönlichkeitsebene

erleben. Verringerungen an Selbstunsicherheit drehen sich meist darum, daß die Klienten sich als weniger gehemmt ansehen. In der Kontaktgruppe sind Veränderungen auf den Persönlichkeitsdimensionen 'Dominanzstreben', 'Maskulinität' und 'emotionale Labilität' besonders wichtig für Befindlichkeitsveränderungen. Symptomspezifische Änderungen sind fast gar nicht mehr im Veränderungsmuster der kognitiven Kritikgruppe vertreten.

Insgesamt kann die Fragestellung dahingehend beantwortet werden, daß spezifische übergreifende Tendenzen in den Veränderungsmustern von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung sichtbar geworden sind. Diese Tendenzen decken sich im wesentlichen mit den theoretischen Annahmen, die über den Wirkmechanismus jeder Methode formuliert worden sind:

Beim Verhaltenstraining gehen die meisten Verbesserungen mit einer Zunahme an Kompetenz einher, bei der kognitiven Umstrukturierung mit einer konstruktiven inneren Wahrnehmung der eigenen Person.

Von daher wäre es also im Verhaltenstraining, zumindest wenn man den Zeitraum bis direkt zu Therapieende betrachtet, von besonderer Bedeutung für den Erfolg der Therapie, daß möglichst schnell und umfangreich die Symptomstärke merklich verringert wird und die Klienten ganz konkrete Kompetenzerfahrungen (Hausaufgaben) machen. Auch nach Therapieende, vergleicht man hier die etwas unterschiedliche Effektivität des Verhaltenstrainings bei Kritik- und Kontaktproblemen (s. o.), scheinen Erfahrungen von Kompetenz weiterhin wichtig zu sein, zusammen aber mit bestimmten Veränderungen in der Wahrnehmung der eigenen Person, von denen zu vermuten ist, daß sie zur Verfestigung einer umfassenden Änderung im Erleben des Klienten notwendig sind.

Hingegen kann bei der kognitiven Umstrukturierung angenommen werden, daß es hier für den Therapieerfolg von besonderer

Bedeutung ist, daß frühzeitig und möglichst umfangreich Änderungen im Bereich der Einstellung zu sich selbst als Person in Gang gesetzt werden. Zur Aufrechterhaltung der Therapieeffekte wäre es weiterhin wichtig, daß eine konstruktive Einstellung zu sich selbst verfestigt und weiter ausgebaut wird. Vergleicht man auch hier wiederum die unterschiedliche Effektivität der kognitiven Umstrukturierung nach Therapieende in Kritik- und Kontaktgruppe, liegt die Schlußfolgerung nahe, daß es sinnvoller und effektiver ist, in der Therapie Einstellungen in Richtung von Gelassenheit zu fördern, und daß es weniger effektiv ist, offensivere durchsetzungsorientierte Einstellungen zu fördern.

6.2 Gültigkeit und Stellenwert der Ergebnisse

Bevor aus den Beantwortungen der Fragestellungen konkrete Schlußfolgerungen für Forschungsfragen und therapeutische Praxis abgeleitet werden, soll in diesem Abschnitt kurz die interne und externe Validität der Ergebnisse hinterfragt werden, um anhand dessen ihren Stellenwert für Forschung und Praxis im SST besser einordnen zu können.

Die wichtigsten Aspekte der internen und externen Gültigkeit der Ergebnisse sind schon ausführlich im Zusammenhang mit der Konkretisierung der Untersuchungsschwerpunkte (Kap. 3) und vor allem im Rahmen der Versuchsplanung (Kap. 4) erörtert worden, so daß an dieser Stelle darauf nur noch kurz eingegangen wird:

Der Kernpunkt der *internen Validität*, die Frage, ob die untersuchungsimmanenten Schlußfolgerungen gültig sind und die gemessenen Ergebnisse tatsächlich auf die unabhängigen Variablen zurückgeführt werden können, wurde im vorigen schon intensiv im Zusammenhang mit Bedingungskontrolle bei individualisierter Methodendurchführung (Abschn. 4.1) diskutiert.

Dabei wurde deutlich gemacht, daß es zum Prinzip beider Methoden gehört, Interventionen möglichst spezifisch auf die Bedingungen des Klienten einzustellen, so daß dadurch die interne Validität nicht nachteilig beeinflusst werden dürfte.

Aus Therapiebeobachtungen und Tonbandaufzeichnungen konnte entnommen werden, daß sich die Therapeuten auf Grund der vorliegenden Trainingsprogramme an einer gemeinsamen Linie innerhalb jeder Methode ausrichteten. Im Nachhinein betrachtet wäre es allerdings wünschenswert erschienen, wenn die Trainingsprogramme auf einer Art 'Mikroebene' noch spezifischere Ziele für die therapeutischen Interventionen hätten liefern können.

Durch Einführung einer unbehandelten Kontrollgruppe konnte sichergestellt werden, daß die beobachteten Effekte in den Therapiegruppen nicht primär auf *Reifungsprozesse* bzw. Spontanremissionen zurückzuführen sind. Andere Störvariablen, wie *außertherapeutische Umwelteinflüsse* und persönlich wichtige Erlebnisse, können selbst nicht ausgeschlossen werden; es gibt jedoch keinen Grund zu der Annahme, daß diese Störvariablen selektiv bei einzelnen Behandlungsgruppen wirksam gewesen sind. Aufgrund der zeitlichen Parallelität von Therapiegruppen und Kontrollgruppe kann erwartet werden, daß wichtige Umweltereignisse im wesentlichen gleich waren in allen Gruppen.

Die Frage der *statistischen Regression* wurde schon ausführlich im Zusammenhang mit den Problemen von Veränderungswerten besprochen (siehe Abschn. 5.1); mögliche *Versuchsleitereinflüsse* durch die Therapeuten wurden bereits im Zusammenhang mit der Versuchsplanung (Abschn. 4.1) erörtert. Während der Supervision wurde versucht, Voreingenommenheiten der Therapeuten gegenüber Indikation und Effektivität einzelner Methodenelemente herauszuarbeiten und so weit wie möglich im Sinne der vorliegenden Trainingsprogramme abzubauen.

Insgesamt wäre es aber wünschenswert gewesen, mehr Möglichkeiten zur Supervision bieten zu können. Zum Teil war die Belastung für den Versuchsleiter doch sehr groß gewesen, acht Therapeutenteams mit je zwei Trainingsgruppen über acht Sitzungen hinweg intensiv zu betreuen. Hier hätte die Durchführung der Untersuchung, speziell die Qualität der Therapien, sicherlich noch verbessert

werden können, wenn in der Supervision mehr Zeit vorhanden gewesen wäre, um spezielle Probleme der Therapeuten mit einzelnen Techniken, einzelnen Klienten und ihrer inneren Einstellung zum Klienten ausführlicher und systematischer zu besprechen. Insbesondere sind solche Einstellungsprobleme beim Therapeuten in der Supervision zu kurz gekommen. Dieser Bereich steht allerdings generell in den vorliegenden Forschungs- und Theoriearbeiten zu den beiden Methoden noch etwas im Hintergrund.

Nachdem wichtige demographische Eingangsmerkmale der Klienten (Geschlecht, Alter, Schulabschluß) bei der prä-Messung gleichmäßig über die verschiedenen Behandlungsgruppen verteilt waren, wird angenommen, daß keine gravierende Beeinträchtigung der internen Validität aufgrund der Verteilung bestimmter *Klienten-Merkmale* gegeben ist. Dabei muß allerdings berücksichtigt werden, daß diese Aussage nur für den Zeitraum bis zur post-Messung statistisch abgesichert ist.

Die Frage nach der *externen Validität*, d. h. nach der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Klienten, andere Problembereiche und andere Therapiesituationen, wurde im wesentlichen bereits bei der Ableitung und Konkretisierung der Untersuchungsschwerpunkte (Abschn. 3.3) diskutiert. An dieser Stelle werden deshalb die Hauptargumente nur noch einmal kurz zusammengefaßt:

Das Bemühen um Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf den Bereich ambulanter psychologischer Beratung war der leitende Gedanke bei der Festlegung des allgemeinen Untersuchungsschwerpunktes der Praxisorientierung gewesen. Auf dieses Ziel hin waren die Wahl der Klientenstichprobe, die Abgrenzung der in Frage kommenden Störungsbereiche und die Konzeption der teilstandardisierten Trainingsprogramme ausgerichtet gewesen:

- Aufgrund des Ausmaßes an Selbstunsicherheit und an neurotischen Persönlichkeitstendenzen wird davon ausgegangen, daß die untersuchte Klientenstichprobe vom Grad der Gestörtheit und psychischen Beeinträchtigung her mit Klienten von Beratungsstellen vergleichbar ist. Daß dabei ein verhältnismäßig hoher Anteil an jüngeren, hauptsächlich Mittelschichts-Klienten mit höherem Bildungsabschluß enthalten war, wurde bereits als

ein grundlegendes Problem ambulanter Beratung im allgemeinen angesprochen.

- Die behandelten Probleme umfassen einen breiten Bereich von positiver bzw. negativer Selbstsicherheit, der eine Vielzahl von zwischenmenschlichen Schwierigkeiten abdecken kann. Allerdings ist der Geltungsbereich auf Problemstellungen beschränkt, bei denen Selbstunsicherheit das primäre Problem ist.
- Ebenso wird angenommen, daß die Art der Methodenumsetzung anhand der teilstandardisierten Trainingsprogramme die wichtigen Variablen therapeutischer Praxis wiedergeben konnte.

Von daher kann m. E. davon ausgegangen werden, daß die vorliegenden Ergebnisse - mit den entsprechenden Abstrichen, die immer aufgrund der Arbeitsbedingungen eines kontrollierten experimentellen Vergleichs gemacht werden müssen - ein zufriedenstellendes Maß an Aussagekraft für das angesprochene Praxisfeld besitzen.

Der *Stellenwert der Untersuchungsergebnisse* für das zugrundeliegende Forschungsfeld besteht zum einen darin, daß die Untersuchung der Wirkweise der zum jetzigen Erkenntnisstand wichtigsten Methoden des SST's in einer Form geleistet wurde, die im Vergleich zu anderen Studien stärker an den Problemen und Erfordernissen der tatsächlichen therapeutischen Praxis ausgerichtet ist. Dadurch konnten weitergehende Untermauerungen und neue Ergänzungen zu vorhandenen Ergebnissen erbracht werden.

Zum anderen konnte gezeigt werden, daß die Art des Problem-inhalts als eine relevante Moderatorvariable für die Effekte von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung in Betracht zu ziehen ist. Es kann erwartet werden, daß die Methoden in der Praxis des SST's gezielter und noch erfolgreicher eingesetzt werden können, wenn ihre unterschiedliche Wirksamkeit bei verschiedenen Problemstellungen angemessener berücksichtigt wird.

6.3 Konsequenzen für die therapeutische Praxis und weitere Forschungsarbeiten

Grundsätzlich kann aus den Ergebnissen der Schluß gezogen werden, daß beide Methoden in der ambulanten Beratungspraxis zur Therapie interpersonaler Schwierigkeiten geeignet sind. Dabei ist dann aber weiter zu berücksichtigen, daß - wenn man besonders die Langzeiteffekte beachtet - nicht jeder Bereich von sozialer Inkompetenz mit beiden Methoden gleich gut angegangen werden kann.

Bei der Behandlung von Schwierigkeiten aus dem Bereich der positiven Selbstsicherheit sollte z. B. kognitive Umstrukturierung besonders vorsichtig und umsichtig eingesetzt werden, da anscheinend hier ein größeres Risiko für Rückschläge nach Therapieende besteht, wenn die Klienten auf sich alleine angewiesen sind. Diese Rückschläge, besonders in der emotionalen Befindlichkeit, können auf verschiedene Weise erklärt werden, was jeweils etwas andere Konsequenzen für die therapeutische Praxis bedeuten würde:

Bei Kontaktproblemen besteht wahrscheinlich die zentrale irrationale Prämisse darin, daß man unbedingt die Zuneigung anderer Menschen braucht, um sich selbst als einen wertvollen Menschen beurteilen zu können. Diese Vorstellung ist m. E. durch die in unserer Gesellschaft üblichen Sozialisierungsprozesse noch fester in unserem inneren Wertsystem verankert als die bei Kritikproblemen zentrale Prämisse, daß man sich keine Fehler erlauben dürfe, um ein wertvoller Mensch zu sein. Von daher könnten acht Therapiesitzungen, wie in der vorliegenden Untersuchung durchgeführt, noch zu wenig sein, um den grundlegenden Einstellungswandel in Richtung auf bedingungslose Selbstakzeptanz und Unabhängigkeit von der Zuneigung anderer auszulösen und im Selbstkonzept zu verankern.

Die daraus resultierende Schlußfolgerung für die Praxis im SST würde beinhalten, daß man eine längere Behandlungsdauer für die Behandlung von Kontaktproblemen durch kognitive Umstrukturierung einkalkuliert. Außerdem erscheint es in diesem Falle besonders wichtig, das Änderungsprinzip der RET von Beginn der Therapie an möglichst transparent zu machen, damit der Klient frühzeitig lernen kann, selbständig das Irrationale von bestimmten Gedanken zu identifizieren und in Frage zu stellen. Es müßte dann aber empirisch weiter untersucht werden, ob sich der damit verbundene größere zeitliche Therapieaufwand in umfangreicheren Behandlungseffekten entsprechend "auszahlt".

Möglicherweise ist aber die geringere Effizienz der RET bei Kontaktproblemen auch darauf zurückzuführen, daß dieses Vorgehen stärker dahin zielt, dem Klienten den Umgang mit Mißerfolgen und fehlender Zuneigung der anderen zu erleichtern, als daß zum aktiven 'Auf-den-anderen-zugehen' angeleitet wird. Als praktische Konsequenz müßte daraus folgen, die Techniken der RET in Anwendung bei Kontaktschwierigkeiten um Maßnahmen zu ergänzen, die gezielte Verhaltensanleitungen zum Ausdruck positiver Zuwendung geben.

Ähnlich könnte die etwas geringere Wirksamkeit des Verhaltenstrainings bei Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik daraus resultieren, daß durch Verhaltensübung zwar das aktive Kritik-Äußern gut gefördert werden kann, daß aber bei dem mindestens ebenso wichtigen Bereich des Kritik-Annehmens wahrscheinlich Einstellungsänderungen vorrangig sind. Bei diesem Problembereich würde sich deshalb eine Ergänzung der Verhaltensaufbautechniken durch kognitive Interventionen anbieten.

An diese Überlegungen schließt sich eine Reihe von weiteren Forschungsfragen an:

Als erstes müßte weiter untersucht werden, inwieweit sich die in dieser Untersuchung festgestellten Hinweise für eine

differentielle Wirksamkeit der Methoden bei positiver und negativer Selbstsicherheit auch bei anderen Stichproben, anderen Therapeuten etc. bestätigt werden. Dabei sollte im optimalen Fall zusätzlich auf mögliche differentielle Einflüsse wie Personenvariablen geachtet werden.

Weiterhin wäre es anzustreben, die Effektivitätsmessung noch auf andere Bereiche zu erweitern, und vor allem beobachtbares Verhalten und die Art der kognitiven Verarbeitung in die Meßoperationen einzubeziehen. Dadurch könnten möglicherweise noch mehr Informationen zu den zugrundeliegenden Wirkmechanismen der Therapiemethoden erschlossen werden.

Schließlich sollte die oben formulierte Schlußfolgerung, daß die Effektivität der RET bei Kontaktproblemen und die Wirksamkeit des Verhaltenstrainings bei Kritikproblemen durch eine Methodenkombination gesteigert werden kann, einer entsprechenden empirischen Überprüfung unterzogen werden.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- ALBERTI, R. E. & EMMONS, M. L.: Ich behaupte mich selbst.
Frankfurt a. M. 1977
- ALDEN, L. & SAFRAN, J.: Irrational beliefs and nonassertive behavior. Cognitive Ther. & Research, 1978, 2, S. 357
- ALDEN, L., SAFRAN, J. & WEIDEMANN, R.: A comparison of cognitive and skills training strategies in the treatment of unassertive clients. Beh. Ther. 9, 1978, Nr. 5, S. 843
- ARGYLE, M.: Soziale Interaktion. Köln 1972
- ARGYLE, M. & KENDON, A.: The experimental analysis of social performance. In: BERKOWITZ, L. (Ed.) Advances in experimental Social Psychology, Vol 3, S. 55, 1967
- ARGYRIS, Ch.: Explorations in interpersonal competence - I. J. of Appl. Behav. Science, 1965a, 1, S. 58
- ders.: Explorations in interpersonal competence - II. J. of Appl. Behav. Science, 1965b, 1, S. 255
- ders.: Conditions for competence acquisition and therapy. J. of Appl. Behav. Science, 1968, 4, S. 147
- ARKOWITZ, H., LICHTENSTEIN, E., MCGOVERN, K. & HINES, P.: The behavioral assessment of social competence in males. Beh. Ther. 6, 1975, S. 3
- v. ASWEGE, S., KULEMANN, R. & SARJI, K.: Verlaufsbeschreibung bei einem verhaltenstherapeutischen und einem kognitiven Selbstsicherheitstraining in Gruppen.

(Vorl. Arbeitstitel) Unveröffentl. Dipl.arbeit,
Münster 1982 (in Vorbereitung)

BANDURA, A., ADAMS, N.E. & BEYER, J.: Cognitive processes
mediating behavioral change. J. of Pers. and Social
Psychology, 1977, 3, S. 125

BARLOW, D.H., ABEL, G.G., BLANCHARD, E.B., BRISTOW, A.P.
& YOUNG, L.D.: A heterosocial skills behavior check-
list for males. Beh. Ther. 8, 1977, S. 229

BARTLING, G., FIEGENBAUM, W. & KRAUSE, R.: Reizüberflutung
(Theorie und Praxis). Stuttgart 1980

BASTINE, R.: Methoden der Psychotherapieforschung.
In: SCHRAML, W.J., & BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische
Psychologie, Bd 1, Bern 1970

BECK, A.T.: Cognitive therapy: Nature and relation to beha-
vior therapy. Beh. Ther., 1970, 1, S. 184;
dtische Übersetzung in: v. QUEKELBERGHE, R.: Modelle
kognitiver Therapien. München 1979

ders.: Cognitive therapy and the emotional disorders.
New York 1976

BECK, A.T. & GREENBERG, R.L.: Kognitive Therapie bei der
Behandlung von Depressionen. In: HOFFMANN, N. (Hrsg.):
Grundlagen kognitiver Therapien. Bern 1979

BELLACK, A.S.: Behavioral assessment of social skills.
In: HERSEN, M. & BELLACK, A.S. (Eds.): Research and
Pracitice in Social Skills Training. New York 1979

BELLACK, A.S. & HERSEN, M.: Behavior Modification. An in-
troductory textbook. Baltimore 1977

- BELLACK, A.S. & HERSEN, M.: Chronic Psychiatric patients: Social skills training. In: HERSEN, M. & BELLACK, A.S. (Eds.) Behavior therapy in the psychiatric setting. Baltimore 1978
- BELLACK, A.S., HERSEN, M. & TURNER, S.M.: Generalization effects of social skills training in chronic schizophrenics: An experimental analysis. Behav. Res. & Ther. 1976, 14, S. 391
- BENNET, S. & BOWERS, D.: An introduction to multivariate techniques for social and behavioral sciences. London 1977
- BEREITER, C.: Some persisting dilemmas in the measurement of change. In: HARRIS, Ch. W. (Eds.): Problems in measuring change. Madison 1967²
- v. BERG, W. & ZIMMER, D.: Selbstvertrauen in sozialen Konfliktsituationen. Die Anwendung von Banduras Konzept der sozialen Kompetenz. Mitteilungen der DGVT, 13. Jahrgang 1/1981
- BEUTLER, L.E.: Toward specific psychological therapies for specific conditions. J. of Consult. and Clin. Psych., vol 47, Nr. 5, S. 882
- BIRBAUMER, N.: Neurophysiologie der Angst. München 1973
- BOMMERT, H.: Problemschwerpunkte Klinisch-psychologischer Diagnostik. In: BOMMERT, H. & HOCKEL, M. (Hrsg.): Therapie-orientierte Diagnostik, Stuttgart 1980
- BORNEWASSER, M., HESSE, F.W., MIELKE, R. & MUMMENDEY, H.D.: Einführung in die Sozialpsychologie. Heidelberg 1979

- BRAUN, P. & TITTELBAACH, E.: Verhaltenstherapie. In: PON-GRATZ, L.J. (Hrsg.): Handbuch für Klinische Psychologie, Bd 8, 2. Halbbd., Göttingen 1978
- CAUTELA, J.R. & UPPER, D.: The behavioral inventory battery: The use of self-report measures in behavioral analysis and therapy. In: HERSEN, M. & BELLACK, A.S. (Eds.): Behavioral Assessment: A Practical Handbook. Oxford 1976
- CHRISTENSEN, A. & ARKOWITZ, H.: Preliminary report on practice dating and feedback as treatment for college dating problems. J. of Counsel. Psych., 1974, 21, 2, S.92
- CLAUSS, G. & EBNER, H.: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Zürich 1975
- CURRAN, J.P.: Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety: A review. Psych. Bull. 1977, 84, 1, S. 140
- ders.: Social skills: Methodological issues and future directions. In: HERSEN, M. & BELLACK, A.S. (Eds.): Research and practice in social skills training. New York 1979
- CURRAN, J.P. & GILBERT, F.S.: A test of the relative effectiveness of a systematic desensitization program and an interpersonal skills training program with date anxious subjects. Beh. Ther. 1975, 6, S. 510
- CURRAN, J., GILBERT, F.S. & LITTLE, L.M.: A comparison between behavioral training and sensitivity training approaches to heterosexual dating anxiety. J. of Couns. Psych. 1976, 23, S. 190
- DAVISON, J.C. & NEALE, J.M.: Klinische Psychologie, München 1979

- DERRY, P.A. & STONE, G.L.: Effects of cognitive-adjunct treatments on assertiveness. Cognitive Ther. and Res. 1979, Vol 3, 2, S. 213
- DIGUISEPPE, R.A. & MILLER, N.J.: A review of outcome studies on rational-emotive therapy. In: ELLIS, A. & GRIEGER, R. (Eds.) Handbook of rational-emotive therapy. New York 1977
- DILORETO, A.: Comparative psychotherapy. Chicago 1971
- D'ZURILLA, T.J. & GOLDFRIED, M.R.: Problem solving and behavior modification. J. of Abnorm. Psych. 1971, 78, S. 107
- EDELSTEIN, B.A. & EISLER, R.M.: Effects of modeling and modeling with instructions and feedback on the behavioral components of social skills. Beh. Ther. 7, 1976, S. 382
- EISLER, R.M., HERSEN, M. & AGRAS, W.S.: Videotape: A method for the controlled observation of nonverbal interpersonal behavior, Beh. Ther. 1973, 4, S. 420
- EISLER, R.M., HERSEN, M. & MILLER, P.M.: Effects of modeling on components of assertive behavior. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiatr. 1973, 4, S. 1
- EISLER, R.M., HERSEN, M., MILLER, P.M. & BLANCHARD, E.B.: Situational determinants of assertive behaviors. J. of Consult. & Clin. Psych. 1975, 43, 3, S. 330
- EISLER, R.M., FREDERIKSEN, L.W. & PETERSON, G.L.: The relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. Beh. Ther. 1978, 9, Nr. 3, S. 419

- ELDER, J.P., EDELSTEIN, B.A. & FREMOUW, W.J.: Client by treatment interaction in response acquisition and cognitive restructuring approaches. Cognitive Ther. & Res. 1981, Vol 5, 2, S. 203
- ELLIS, A.: Reason and emotion in psychotherapy. New York 1962
- ders.: Is psychoanalysis harmful? Institute for Rational Living, Inc., New York 1969
- ders.: What kinds of reinforcement can cognitive-behavior therapists receive from B.F. SKINNER? Beh. Ther. 1972, 3, S. 263
- ders.: Can we change thoughts by reinforcement? A reply to Howard RACHLIN. Beh. Ther. 8, 1977a, S. 666
- ders.: The basic clinical theory of rational-emotive therapy. 1977b. In: ELLIS, A. & GRIEGER, R. (Eds.): Handbook of rational-emotive Therapy, New York 1977
- ders.: Humanistic Psychotherapy: The rational-emotive approach. New York 1977c
- ders.: Psychotherapy and the value of a human being. 1977d In: ELLIS, A. & GRIEGER, R. (Eds.) a.a.O. 1977
- ders.: Das ABC der rational-emotiven Therapie. 1979a In: V. QUEKELBERGHE, R. (Hrsg) Modelle kognitiver Therapien. München 1979
- ders.: The theory of rational-emotive therapy. 1979b In: ELLIS, A. & WHITELEY, Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy. Monterey, CA 1979
- ders.: Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. Cognitive Ther. & Res. 1980, Vol 4, 4, S. 325

- ELLIS, A. & HARPER, R.A.: A new guide to rational living.
Englewood Cliffs, New York 1975
- FAHRENBERG, J. & SELG, H.: Das Freiburger Persönlichkeits-
inventar FPI. Handanweisung, Göttingen 1970
- FRANKS, C.M. & WILSON, G.T.: Annual Review of behavior the-
rapy, theory and practice. New York 1978
- FREMOUW, W.J. & ZITTER, R.E.: A comparison of skills trai-
ning and cognitive restructuring-relaxation for the
treatment of speech anxiety. Beh. Ther. 1978, 9, S.248
- GLASGOW, R.E. & ARKOWITZ, H.: The behavioral assessment of
male and female social competence in dyadic hetero-
sexual interactions. Beh. Ther. 1975, 6, S. 488
- GLASS, C.R., GOTTMAN, J.M. & SHMURAK, S.H.: Response acqui-
sition and cognitive self-statement modification
approaches to dating skill training. J. of Counsel.
Psych. 1976, 23, S. 520
- GOLDFRIED, M.R. & DAVISON, G.C.: Clinical behavior therapy.
New York 1976
- GOLDFRIED, M.R. & D'ZURILLA, J.D.: A behavioral-analytic
model for assessing competence. In: SPIELBERGER (Ed):
Current topics in clinical and community psychology.
New York 1969, Vol 1
- GOLDFRIED, M.R. & SOBOCINSKI, D.: Effects of irrational be-
liefs on emotional arousal. J. of Consult. & Clin.
Psych. 1975, Vol 3, 4, S. 504
- GOLDSMITH, J.B. & McFALL, R.M.: Development and evaluation
of an interpersonal skill training program for psychia-
tric inpatients. J. of Abnorm Psych. 1975, Vol 84, 1, S. 51

- GORMALLY, J., HILL, C.E., OTIS, M. & RAINY, L.: A microtraining approach to assertion training. J. of Couns. Psych. 1975, 22, S.299
- GORMALLY, J., VARVIL-WELD, D., RAPHAEL, R. & SIPPS, G.: Treatment of socially anxious college men using cognitive counseling and skills training. J. of Counsel. Psych. 1981, Vol 28, 2, S. 147
- GRAWE, K.: Differentielle Psychotherapie I: Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. Bern 1976
- GUILFORD, J.P. & FRUCHTER, B.: Fundamental statistics in Psychology and education. Tokio 1978
- HAMMEN, C.L., JACOBS, M., MAYOL, A. & COCHRAN, S.D.: Dysfunctional cognitions and the effectiveness of skills and cognitive-behavioral assertion training. J. of Consult. & Clin. Psych., 1980, Vol 48, 6, S. 685
- HEIMBERG, R.G., MONTGOMERY, D., MADSEN, C.H. & HEIMBERG, J.S.: Assertion training: A review of the literature. Beh. Ther. 1977, 8, S. 953
- HELMREICH, R.: Programmteil der Publikation "Strategien zur Auswertung von Längsschnittdaten. Ein Beitrag zur Messung von Veränderung in der empirischen Sozialforschung" Stuttgart 1977
- HERSEN, M. & BELLACK, A.S.: Assessment of social skills. In: CIMINERO, A.R., CALHOUN, K.S. & ADAMS, H.E. (Hrsg): Handbook for behavioral assessment. New York 1977
- HERSEN, M., EISLER, R.M. & MILLER, P.M.: Development of assertive responses: Clinical measurement and research considerations. Beh. Res. & Ther. 1973, 11, S. 505

- HERSEN, M., EISLER, R.M., MILLER, P.M., JOHNSON, M.B. & PINKSTON, S.G.: Effects of practice, instructions and modeling on components of assertive behavior. Beh. Res. & Ther. 1973, 11, S. 443
- HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. & TURNER, S.M.: Effects of live modeling, covert modeling and rehearsal on assertiveness in psychiatric patients. Beh. Res. & Ther. 1979, 17, S. 369
- HIGGINS, R.L., ALONSO, R.R. & PENDLETON, M.G.: The validity of role-play assessments of assertiveness. Behavior Therapy 1979, 10, S. 655
- HOFFMANN, N. (Hrsg): Grundlagen kognitiver Therapie, Bern 1979
- HOLLANDSWORTH, H.G. & WALL, K.E.: Sex differences in assertive behavior: An empirical investigation. J. of Counsel. Psych. 1977, Vol 24, 3, S. 217
- KAZDIN, A.E.: Effects of covert modeling and model reinforcement on assertive behavior. J. of Abnorm. Psych. 1974, Vol 83, 3, S. 240
- ders.: Effects of covert modeling, multiple models and model reinforcement on assertive behavior. Behav. Ther. 1976, 7, S. 211
- ders.: Sociopsychological factors in psychopathology.
In: HERSEN, M. & BELLACK, A.S. (Eds) Research and practice in social skills training. New York 1979
- ders.: Covert and overt rehearsal and elaboration during treatment in the development of assertive behavior. Behav. Res. & Ther., Vol 18, 3, S. 191

- KEMMLER, L. & SCHULTE, D.: Systematische Beobachtung in der Verhaltenstherapie. In: SCHULTE, D. (Hrsg) Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München 1976
- KIESLER, D.J.: Some Myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. Psych. Bull. 1966, Vol 65, 2, S. 110 /dtsh 1976
- KRAEMER, A. & SCHUMACHER, L.: Entwicklung konkreter Handlungsanweisungen für Therapeuten zur Durchführung zweier halbstandardisierter Trainingskonzepte für Selbstsicherheitsgruppen. Unveröff. Dipl.arbeit, Münster 1980
- KRAEMER, R. & SCHLEINER, U.: Entwicklung eines individualisierten Selbstsicherheitstrainings für Gruppen, basierend auf dem kognitiven Ansatz von Albert ELLIS. Unveröff. Dipl.arbeit, Münster 1979
- KRIZ, J.: Statistik in den Sozialwissenschaften. Hamburg 1973
- LANGE, A. & JAKUBOWSKI, P.: Responsible assertive behavior. Champaign, Ill. 1976
- LAZARUS, A.A.: Behavior therapy, incomplete treatment, and symptom substitution. J. of nerv. ment. Dis. 140, S. 80
- ders.: Behavior rehearsal versus nondirective therapy versus advice in effecting behavior change. Behav. Res. & Ther. 1966, 4, S. 209
- ders.: Behavior therapy and beyond. New York 1971
- ders.: On assertive behavior: A brief note. Beh. Ther. 1973, 4, S. 697
- LIBET, J.M. & LEWINSOHN, P.M.: Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. J. of Consult. & Clin. Psych. 1973, 40, S. 304

- LICK, J.R. & KATKIN, E.S.: Assessment of anxiety and fear.
In: HERSEN, M. & BELLACK, A.S. (Eds) Behavioral Assessment: A practical handbook. Oxford 1976
- LIEBERMANN, M.A.: Gruppenmethoden. In: KANFER, F.H. & GOLDSTEIN, A.P. (Hrsg) Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München 1977, S. 503
- LINDMAN, H.R.: Analysis of variance in complex experimental designs. San Francisco 1974
- LINEHAN, M.: Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems. In: KENDALL, P.C. & HOLLON, S.P. (Eds) Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures. New York 1979
- LINEHAN, M., GOLDFRIED, M.R. & GOLDFRIED, A.P.: Assertion therapy: Skill training or cognitive restructuring. Beh. Ther. 10, 1979, S. 372
- LINEHAN, M., WALKER, R.O., BRONHEIM, S., HAYNES, K.F. & YEVZEROFF, H.: Group versus individual assertion training. J. of Consult. and Clin. Psych. 1979, Vol 47, 5, S. 1000
- LONGIN, H.E. & ROONEY, W.M.: Teaching denial assertion to chronic hospitalized patients. J. Beh. Ther. & Exp. Psychiatr., Vol 6, S. 219
- LORD, F.M.: Elementary models for measuring change. In: HARRIS, Ch. W. (Ed) Problems in measuring change. Madison 1967²
- LUDWIG, L.D. & LAZARUS, A.A.: A cognitive and behavioral approach to the treatment of social inhibition. Psychotherapy: Theory, Research and practice, 1972, 9, S. 204

- MacDONALD, M.L.: Teaching assertion: A paradigm for therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1975, 12, S. 60
- MAHONEY, M.J.: Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass., 1974
- MAHONEY, M.J. & ARNKOFF, D.: Cognitive and self-control therapies. In: GARFIELD, S.L. & BERGIN, A.E. (Eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2. Ausg.), New York 1978
- MALONEY, M.P. & WARD, M.P.: *Psychological Assessment: A conceptual approach*. New York 1976
- MARZILLIER, J.S.: Cognitive therapy and behavioral practice. *Beh. Res. & Ther.* Vol 18, S. 249, 1980
- McFALL, R.M.: Behavioral Training: A skill-acquisition approach to clinical problems. In: SPENCE, J.T., CARSON, R.C. & THIBAUT, J.W. (Eds) *Behavioral approaches to therapy*. Morristown, N.J. 1976, Kap. 9
- McFALL, R.M. & LILLESAND, D.B.: Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *J. of Abnorm. Psych.* 1971, Vol 77, 3, S. 313
- McFALL, R.M. & MARSTON, A.R.: A experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *J. of Abnorm. Psych.* 1970, 76, S. 295
- McFALL, R.M. & TWENTYMAN, C.T.: Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *J. of Abnorm. Psych.* 1973, Vol 81, 3, S. 199

- MEHRABIAN, A.: Relationship of attitude to seated posture orientation and distance. J. of Pers. and Social Psych. 1968, 10, S. 26
- MEHRABIAN, A. & FERRIS, S.R.: Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. J. of Consult. Psych., 1967, 31, S. 248
- MEICHENBAUM, D.: Self-instructional methods. In: KANFER, F.H. & GOLDSTEIN, A.P. (Eds) Helping people change. New York 1975
- ders.: Cognitive-behavior modification - An integrative approach. New York 1977
- MELNICK, J.: A comparison of replication techniques in the modification of minimal dating behavior. J. of Abnorm. Psych. 1973, Vol 81, 1, S. 51
- MELNICK, J. & STOCKER, R.P.: An experimental analysis of the behavioral rehearsal with feedback technique in assertiveness training. Beh. Ther. 8, 1977, S. 222
- MEYER, V., LIDDEL, A. & LYONS, M.: Behavioral interviews. In: CIMINERO, A.R., CALHOUN, K.S. & ADAMS, H.E. (Eds) Handbook of behavioral assessment
- NIE, N.H., HULL, C.H., JENKINS, J.G., STEINBRENNER, K. & BENT, D.H.: SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. (Version 8), 2. Ausg., New York 1975
- NIETZEL, M.T., MARTORANO & MELNICK, J.: The effects of covert modeling with and without reply training on the development and generalization of assertive responses. Beh. Ther. 8, 1977, S. 183

- NOLDE, M. & SENSKE, G.: Entwicklung eines teilstandardisier-
ten Gruppen-Selbstsicherheitstrainings - Basierend auf
dem Verhaltensübungsansatz. Unveröff. Dipl.arbeit,
Münster 1979
- PHILLIPS, L. & ZIGLER, E.: Social Competence: The action-
thought parameter and vicariousness in normal and patho-
logical behaviors. J. of Abnorm. & Social Psych. 1961,
63, S. 137
- PITCHER, S.W. & MEIKLE, S.: The topography of assertive be-
havior in positive and negative situations. Beh. Ther.
11, 1980, S. 532
- PLESSEN, U.: Erfolgskontrolle in der psychotherapeutischen
Praxis. Ein empirischer Vergleich verschiedener Ansätze
zur Veränderungsmessung. Vortrag, Psychol. Inst. der
Uni Düsseldorf, Nov. 1979
- v. QUEKELBERGHE, R. (Hrsg): Modelle kognitiver Therapien.
München 1979a
- ders.: Systematik der Psychotherapie. München 1979
- RATHUS, S.A.: An experimental investigation of assertive
training in a group setting. J. Behav. Ther. & Exp.
Psychiatr. 3, 1972, S. 81
- ders.: Investigation of assertive behavior through video-
tape-mediated assertive models and directed practice.
Behav. Res. & Ther. 1973, Vol 11, S. 57
- RATHUS, S.A. & NEVID, J.S.: Behavior therapy, strategies
for solving problems in living. Doubleday 1977
- RICH, A.R. & SCHROEDER, H.E.: Research issues an assertive-
ness training. Psych. Bull. 1976, Vol 83, 6, S. 1081

- RIMM, D.C., HILL, G.A., BROWN, N.N. & STUART, J.E.: Group-assertive training in treatment of expression of inappropriate anger. Psych. Reports, 1974, 34, S. 791
- RIMM, D.C. & LITVAK, S.B.: Self-verbalization and emotional arousal. J. of Abnorm. Psych., 1969, 74, S. 181
- RIMM, D.C., SNYDER, J.J., DEPUE, R.A., HAANSTAD, M.J. & ARMSTRONG, D.P.: Assertive training versus rehearsal and the importance of making an assertive response. Behav. Res. & Ther. 1976, 14, S. 315
- ROSE, S.D.: Group therapy. Abehavioral approach. New York 1977
- ROSENTHAL, T.L. & REESE, S.L.: The effects of covert and overt modeling on assertive behavior. Behav. Res. & Ther. 1976, Vol 14, S. 463
- SAFRAN, J.B., ALDEN, L.E. & DAVIDSON, P.O.: Client anxiety level as a moderator variable in assertion training. Cogn. Ther. & Res. 1980, Vol 4, 2, S. 189
- SALTER, A.: Conditioned reflex therapy. New York 1949
- ders.: Conditioned reflex therapy. New York 1961²
- ders.: The theory and practice of conditioned reflex therapy. In: WOLPE, J., SALTER, A. & REYNA, L.J. (Hrsg) The conditioning therapies. New York 1964
- SERBER, M.: Teaching the nonverbal components of assertive training. J. Beh. Ther. & Exp. Psychiatry 1972, 3, S. 179
- SKATSCHE, R. & SKATSCHE-DEPISCH, R.: Assertive training: Some critical aspects of research and clinical application. Behav. Anal. Modif. 1979, Vol 3, 2, S. 117

- SIEGEL, S.: Nichtparametrische statistische Methoden. Frankfurt 1976
- SMITH, R. & SARASON, I.: Social anxiety and the evaluation of negative interpersonal feedback. J. of Consult. & Clin. Psych. 1975, 43, S. 429
- SOMMER, G.: Probleme derzeitiger therapeutischer Praxis. In: SOMMER, G. & ERNST, H. (Hrsg.): Gemeindepsychologie. München 1977
- SPEIERER, G.W.: Gruppenpsychotherapie. In: BAUMANN, BERBALK & SEIDENSTÜCKER (Hrsg.): Klinische Psychologie. Trends und Forschung, Bd.1, Bern 1978
- SCHWARTZ, R. & GOTTMAN, J.: Toward a task analysis of assertive behavior. J. of Consult. & Clin. Psych. 1976, 44, S.910
- TALBERT, E.E., LAWRENCE, P.S. & NELSON, R.O.: The relationship between positive and negative assertive behavior. Beh. Anal. Modif. 1980, Vol. 4, S. 36
- TASTO, D.L.: Self-report schedules and inventories. In: CIMINERO et al. (Eds.): Handbook of behavioral assessment. New York 1977
- THORPE, G.L.: Desensitization, behavioral rehearsal, self-instructional training and placebo effects on assertive-refusal behavior. Europ. J. of Behav. Anal. Modif. 1975, Vol. 1, 1, S. 30
- TROWER, P.: Fundamentals of interpersonal behavior: A social-psychological perspective. In: HERSEN, M. & BELLACK, A.S.: Research and practice in social skills training. London 1979
- TWENTYMAN, C.T. & McFALL, R.M.: Behavioral training of social skill shy males. J. of Consult. & Clin. Psych. 1975, 43, S. 384
- TWENTYMAN, C.T. & ZIMERING, R.: Behavioral training of social skill A critical review. In: HERSEN, M., EISLER, R. M.

& MILLER, P.M. (Hrsg) Progress in Behavior modification
Vol 7, New York 1979

ULLRICH, R. & ULLRICH DE MUYNCK, R. (Hrsg): Soziale Kompe-
tenz. Experimentelle Ergebnisse zum Assertiveness-Trai-
ning-Programm ATP Bd 1, München 1978

ULLRICH DE MUYNCK, R. & FORSTER, T.: Selbstsicherheitstrai-
ning. In: KRAIKER, C. (Hrsg) Handbuch der Verhaltensthe-
rapie. München 1974

ULLRICH DE MUYNCK, R. & ULLRICH, R.: Standardisierung des
Selbstsicherheitstrainings für Gruppen. In: BRENGEL-
MANN, J.C. & TUNNER, W. (Hrsg) Behavior Therapy -
Verhaltenstherapie. München 1973

dies.: Der Unsicherheitsfragebogen. Testmanual U, Anleitung
für den Therapeuten Teil II. München 1977a

dies.: Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß.
Testmanual EMI B, Anleitung für den Therapeuten Teil IV.
München 1977b

VELTEN jr. E./ A laboratory task for induction of mood sta-
tes. Behav. Res. & Ther. 1968, 6, S. 473

WALEN, S.R., DiGIUSEPPE, R. & WESSLER, R.L.: A practitioner's
guide to rational-emotive therapy. New York/Oxford 1980

WENDLANDT, W.: Rollenspiele zur Verhaltensmodifikation.
Ansätze für die pädagogische Praxis. In: Verhaltensthe-
rapie - Praxis -, Kongreßbericht der DGVT, Berlin 1976

WESSLER, R.A. & WESSLER, R.L.: The principles and practice
of rational-emotive therapy. San Francisco/Washington 1980

- WILLIAMS, R.H. & ZIMMERMAN, D.W.: Comparative validity of simple and residualized difference scores. Psychol. Reports 1982, 50, S. 91
- WILSON, T.G.: Cognitive behavior therapy - Paradigm shift or passing phase? In: FOREYT, J.P. & RATHJEN, P. (Hrsg) Cognitive behavior therapy - Research and application. New York 1978
- WOLFE, J.L. & FODOR, J.G.: Modifying assertive behavior in women: A comparison of three approaches. Beh. Ther. 1977, 8, S. 567
- WOLPE, J.: Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford CA 1958
- ders./ Praxis der Verhaltenstherapie. Bern 1972
- WUTKE, J.: Ziele und Probleme der Psychotherapieforschung. In: WITTLING, W. (Hrsg) Handbuch der klinischen Psychologie Bd 6. Klinische Psychologie in Forschung und Praxis. Hamburg 1980, S. 16
- YALOM, I.: Gruppenpsychotherapie. München 1974
- ZIELKE, M. & KOPF-MEHNERT, C.: VEV. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Weinheim 1978
- ZIGLER, E. & PHILLIPS, L.: Social effectiveness and symptomatic behaviors. In: J. of Abnorm. and Soc. Psych. 1960, Vol 61, 2, S. 231
- dies.: Social competence and the processreactive distinction in psychopathology. J. of Abnorm. and Soc. Psych. 1972, Vol 65, 4, S. 215

ZIMMER, D.: Ausbildung sozialer Kompetenz durch Training
in Verhaltensgeschicklichkeit und Selbstregulation.
Eine experimentelle Untersuchung zum Selbstsicher-
heitstraining. Dissertation Münster 1976

A N H A N G

1. Ergebnisse in Tabellen

Tabelle A 1: Vergleich der post- und follow-up-Werte auf den Selbstunsicherheitsskalen

Tabelle A 2: Vergleich der post- und follow-up-Werte auf den Befindlichkeitsskalen

Tabelle A 3: Vergleich der post- und follow-up-Werte auf den Persönlichkeitsskalen

Tabelle A 4: Varianzanalysen über die Veränderungswerte prae-post

Tabelle A 5: Varianzanalyse über die Veränderungswerte post - follow-up

Tabelle A 6: Korrelationen der Veränderungswerte im Zeitraum prae-post

Tabelle A 7: Korrelationen der Veränderungswerte im Zeitraum post - follow-up

2. Therapiematerialien

Explorationsleitfaden A 238 - A 242

Protokollbögen für Problemsituationen A 243 - A 244

Zeitungsartikel zur Klientengewinnung A 245

3. Meßinstrumente

Gruppenstundenbogen A 246 - A 247

Tabelle A1:

Vergleich der post- und follow-up-Werte auf den Selbstunsicherheitsskalen innerhalb jeder Behandlungsgruppe (mit t-Test bzw. WILCOXON-Test bei zweiseitiger Fragestellung)

U-Fragebogen		V K R			V K O			K K R			K K O		
		$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p
Fehlschlag- u. Kritikangst	post	39.64 (N=11)	16.93	n.s.	41.92 (N=12)	14.49	n.s.	42.92 (N=12)	13.62	n.s.	46.67 (N=12)	8.41	n.s.
	follow-up	40.00	15.86		36.50	17.88		45.25	13.62		41.58	10.05	
Kontaktangst	post	29.36	16.68	n.s.	32.08	10.54	n.s.	33.08	14.74	n.s.	42.58	3.23	n.s.
	follow-up	30.00	12.22		34.33	16.54		36.00	14.17		38.50	11.36	
Fordern können	post	37.82	13.80	n.s.	41.25	12.37	n.s.	37.33	12.28	n.s.	32.67	6.72	n.s.
	follow-up	38.36	11.09		38.67	12.64		35.08	14.84		36.08	8.93	
Nicht-nein-sagen-können	post	25.45	11.39	n.s.	24.08	10.78	n.s.	27.67	8.94	n.s.	29.92	8.12	n.s.
	follow-up	24.73	10.81		23.58	13.39		27.92	7.66		26.67	7.41	
Schuldgefühle	post	6.64	4.27	n.s.	6.58	3.63	n.s.	8.25	5.33	n.s.	7.58	6.27	n.s.
	follow-up	7.36	2.69		7.33	5.84		8.17	7.52		6.75	4.63	
Anständigkeit	post	12.73	4.54	n.s.	11.67	5.07	n.s.	12.25	4.31	n.s.	14.00	5.31	n.s.
	follow-up	12.27	4.90		10.08	6.07		13.50	5.00		13.42	3.70	

Tabelle A2:

Vergleich der post- und follow-up-Werte auf den Befindlichkeitsskalen innerhalb jeder Behandlungsgruppe (mit t-Test bzw. WILCOXON-Test bei zweiseitiger Fragestellung)

EMI - B		V K R			V K O			K K R			K K O		
		$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p
ängstlich vs. angstfrei	post	54.64 (N=11)	11.29	n.s.	56.00 (N=12)	14.85	n.s.	54.00 (N=12)	19.30	n.s.	51.25 (N=12)	10.72	.01
	follow-up	50.36	14.05		54.83	15.23		50.17	18.94		58.25	12.96	
depressiv vs. froh	post	26.09	11.10	n.s.	29.67	9.57	n.s.	26.75	9.65	n.s.	25.50	8.30	n.s.
	follow-up	25.55	12.87		25.33	10.78		24.08	11.59		29.58	8.19	
erschöpft vs. dynamisch	post	27.82	9.65	n.s.	30.08	8.49		27.17	9.05		27.17	5.73	
	follow-up	27.73	11.70		26.92	11.41	n.s.	24.08	8.73	n.s.	30.33	6.37	n.s.
aggressiv vs. nachgiebig	post	26.91	7.54		24.00	4.51		27.17	8.31		24.42	5.38	
	follow-up	25.27	6.74	n.s.	24.25	5.35	n.s.	26.17	7.88	n.s.	28.83	3.59	<.05
gehemmt vs. spontan	post	28.27	7.36		31.42	9.00		29.00	8.99		29.08	7.19	
	follow-up	27.64	9.10	n.s.	28.92	11.19	n.s.	27.67	8.99	n.s.	32.17	6.67	n.s.
Verlassenheit vs. Geborgenheit	post	26.64	9.30		29.08	8.34		27.17	8.35		25.25	4.85	
	follow-up	27.36	9.86	n.s.	29.25	10.66	n.s.	23.58	6.36	n.s.	28.25	3.57	n.s.
gestörtes Allg.Befin- den vs. Wohlbefinden	post	54.91	16.25		58.42	16.27		54.83	18.70		51.42	10.64	
	follow-up	53.27	18.74	n.s.	54.75	18.52	n.s.	49.67	18.03	n.s.	60.08	13.09	<.05
VEV	post	215.2 (N=11)	41.62	n.s.	197.5 (N=12)	33.58	<.05	213.8 (N=12)	43.55	n.s.	200.8 (N=12)	21.00	n.s.
	follow-up	210.4	38.10		215.0	34.98		205.4	37.83		191.9	25.56	

Tabelle A3:

Vergleich der post- und follow-up-Werte auf den Persönlichkeitsskalen innerhalb jeder Behandlungsgruppe (mit t-Test bzw. WILCOXON-Test bei zweiseitiger Fragestellung)

F P I	V K R			V K O			K K R			K K O		
	$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p	$\bar{X}$	s	p
Nervosität	post	5.45	1.92	n.s.	5.17	1.80	5.17	1.90	n.s.	5.83	1.40	
	follow-up	4.82	1.66	n.s.	5.08	2.15	4.33	2.39	n.s.	5.58	1.98	n.s.
Aggressivität	post	5.00	2.10	n.s.	4.67	2.15	5.17	1.47	n.s.	4.67	1.83	n.s.
	follow-up	4.09	2.26	n.s.	4.58	1.51	5.25	1.55	n.s.	4.75	1.55	n.s.
Depressivität	post	6.64	1.91	<.05	5.92	2.07	6.42	2.19	<.05	6.25	2.01	<.05
	follow-up	5.09	1.87	<.05	5.50	2.32	5.17	2.69	n.s.	5.00	1.60	<.05
Erregbarkeit	post	5.36	1.63	n.s.	5.33	1.56	4.83	1.59	n.s.	4.25	2.09	n.s.
	follow-up	4.82	1.89	n.s.	4.58	1.98	4.17	2.17	n.s.	4.58	1.78	n.s.
Geselligkeit	post	4.64	2.38	n.s.	3.25	1.60	4.17	2.48	n.s.	2.83	1.40	n.s.
	follow-up	4.45	2.30	n.s.	3.83	2.41	4.42	2.31	n.s.	2.83	1.47	n.s.
Gelassenheit	post	3.36	2.29	<.05	3.50	1.83	4.08	2.23	n.s.	3.58	1.51	n.s.
	follow-up	4.64	2.38	<.05	3.75	1.82	3.58	2.23	n.s.	3.08	1.00	n.s.
Dominanzstreben	post	4.64	1.21	n.s.	3.67	1.61	4.58	1.31	n.s.	3.42	1.44	n.s.
	follow-up	4.55	2.16	n.s.	3.92	1.38	5.08	2.23	n.s.	4.17	1.75	n.s.
Gehemmtheit	post	6.00	2.61	n.s.	6.75	1.82	5.83	1.59	n.s.	7.42	1.51	n.s.
	follow-up	5.73	2.65	n.s.	6.00	2.30	6.17	1.27	n.s.	7.17	1.27	n.s.
Offenheit	post	5.64	2.20	n.s.	5.25	1.91	6.25	1.49	n.s.	4.75	1.22	n.s.
	follow-up	5.73	1.68	n.s.	5.25	2.26	5.75	1.49	n.s.	5.00	1.54	n.s.
Extraversion	post	4.55	2.12	n.s.	3.42	2.39	3.92	2.02	n.s.	3.08	1.93	n.s.
	follow-up	4.36	2.16	n.s.	4.08	2.31	4.08	1.68	n.s.	2.67	1.44	n.s.
Emotion.Labilität	post	6.36	2.06	n.s.	5.83	2.29	5.75	2.34	n.s.	6.08	1.68	n.s.
	follow-up	5.27	2.53	n.s.	5.58	2.68	5.67	2.39	n.s.	5.67	1.07	n.s.
Maskulinität	post	3.64	2.01	n.s.	2.83	1.64	3.75	2.26	n.s.	3.25	1.55	n.s.
	follow-up	4.55	2.02	n.s.	3.75	2.09	4.00	2.26	n.s.	3.42	1.38	n.s.

Tabelle A4:

Varianzanalysen über die Veränderungswerte prae - post

Variable	Mittelwerte der Veränderungswerte				Effekte des Faktors 'Therapiemethode'			Wechselwirkungseffekte zwischen 'Therapiemethode' und 'Probleminhalt'		
	VKR (N=19)	VKO (N=14)	KKR (N=16)	KKO (N=17)	F	df	p	F	df	p
Fehlschlag- und Kritikangst (DVU 1)	-13.37 ⁺	-12.64	-15.13	-11.29	0.03	1.62	n.s.	0.40	1.62	n.s.
Kontaktangst (DVU 2)	- 9.47	-17.64	- 8.56	-11.71	1.48	1.62	n.s.	0.80	1.62	n.s.
Fordern können (DVU 3)	+11.21	+12.43	+15.06	+ 7.94	0.00	1.62	n.s.	3.42	1.62	n.s.
Nicht-nein-sagen- können (DVU 4)	- 9.47	- 6.93	-11.06	- 6.76	0.11	1.62	n.s.	0.21	1.62	n.s.
Schuldgefühle (DVU 5)	- 2.79	- 2.29	- 3.43	- 0.71	0.62	1.62	n.s.	3.16	1.62	n.s.
Anständigkeit (DVU 6)	- 2.47	- 4.93	- 3.25	- 4.06	0.00	1.62	n.s.	0.95	1.62	n.s.
ängstlich vs. angstfrei (DVE 1)	-14.88	-13.00	-13.73	-13.63	0.01	1.58	n.s.	0.09	1.58	n.s.
depressiv vs froh (DVE 2)	- 4.06	- 3.07	- 6.67	- 6.75	3.36	1.58	n.s.	0.17	1.58	n.s.
erschöpft vs. dynamisch (DVE 3)	- 3.82	- 5.79	- 4.33	- 5.63	0.02	1.58	n.s.	0.02	1.58	n.s.
aggressiv vs. nachgiebig (DVE 4)	- 2.59	- 4.21	- 2.60	- 0.56	1.30	1.58	n.s.	1.49	1.58	n.s.
gehemmt vs spontan (DVE 5)	- 7.00	- 8.50	- 7.27	-10.13	0.44	1.58	n.s.	0.24	1.58	n.s.
verlassen vs. geborgen (DVE 6)	- 3.41	- 5.21	- 4.47	- 6.31	0.19	1.58	n.s.	0.05	1.58	n.s.

⁺ neg. Vorzeichen = Abnahme an ...; Ausnahme Variable 'Fordern können', die umgekehrt gepolt ist

Tabelle A4 (Fortsetzung)

Variable	Mittelwerte der Veränderungswerte				Effekte des Faktors 'Therapiemethode'		Wechselwirkungseffekte zwischen 'Therapiemethode' und 'Probleminhalt'	
	VKR (N=19)	VKO (N=14)	KKR (N=16)	KKO (N=17)	F	df	F	df
gestörtes Allgemeinbef. vs. Wohlbefinden (DVE 7)	-12.71 ⁺⁺	-11.71	-12.47	-14.75	0.19	1.58	0.35	1.58
VEV (post)	211.3 +	197.3	216.3	204.9	0.51	1.62	0.02	1.62
Nervosität (DVF 1)	- 0.74	- 0.86	- 0.63	- 1.35	0.23	1.62	0.82	1.62
Aggressivität (DVF 2)	- 0.05	- 0.71	+ 0.38	+ 0.71	9.01	1.62	1.33	1.62
Depressivität (DVF 3)	0.00	0.00	- 0.63	- 0.88	2.55	1.62	0.02	1.62
Erregbarkeit (DVF 4)	- 0.11	- 0.29	- 0.69	- 0.71	0.99	1.62	0.01	1.62
Geselligkeit (DVF 5)	+ 1.84	+ 0.86	+ 1.06	+ 0.76	1.47	1.62	1.10	1.62
Gelassenheit (DVF 6)	+ 0.37	- 0.36	+ 1.31	+ 1.18	7.06	1.62	0.00	1.62
Dominanzstreben (DVF 7)	+ 0.37	- 1.07	- 0.25	+ 0.05	0.95	1.62	9.31	1.62
Gehemtheit (DVF 8)	- 1.21	- 1.43	- 1.38	- 1.29	0.01	1.62	0.06	1.62
Offenheit (DVF 9)	- 0.05	- 0.43	+ 0.31	- 0.12	2.63	1.62	0.07	1.62
Extraversion (DVF E)	+ 1.32	+ 0.57	+ 0.88	+ 1.29	0.03	1.62	3.02	1.62
Emotion, Labilität (DVF N)	+ 0.05	- 0.43	- 1.13	- 0.35	1.59	1.62	2.25	1.62
Maskulinität (DVF M)	+ 0.47	- 0.29	- 0.13	+ 1.76	3.50	1.62	12.92	1.62

+ Ausnahme VEV: pos. Vorzeichen = Verbesserung

++ neg. Vorzeichen = Abnahme an ...

Tabelle A5:

Varianzanalysen über die Veränderungswerte post - follow-up

Variable	Mittelwerte der Veränderungswerte				Effekte des Faktors "Therapiemethode"		Wechselwirkungseffekte zwischen 'Therapiemethode' und 'Probleminhalt'	
	VKR (N=11)	VKO (N=12)	KKR (N=12)	KKO (N=12)	F	df	F	df
Fehlschlag- und Kritikangst (DNU 1)	+ 0.36 ⁺	- 5.41	+ 2.33	- 5.08	0.46	1.43	0.25	1.43
Kontaktangst (DNU 2)	+ 0.63	+ 2.25	+ 2.91	- 4.08	0.57	1.43	2.28	1.43
Fordern können (DNU 3)	+ 0.54	- 2.58	- 2.25	+ 3.41	0.57	1.43	3.93	1.43
Nicht-nein-sagen- können (DNU 4)	- 0.72	- 0.50	+ 0.25	- 3.25	0.54	1.43	1.64	1.43
Schuldgefühle (DNU 5)	+ 0.72	+ 0.75	- 0.08	- 0.83	2.79	1.43	0.38	1.43
Anständigkeit (DNU 6)	- 0.45	- 1.58	+ 1.25	- 0.58	2.16	1.43	0.11	1.43
ängstlich vs. angstfrei (DNE 1)	- 4.27	- 1.16	- 3.83	+ 7.00	3.18	1.43	2.26	1.43
depressiv vs froh (DNE 2)	- 0.54	- 4.33	- 2.66	+ 4.08	2.23	1.43	6.38	1.43
erschöpft vs. dynamisch (DNE 3)	- 0.09	- 3.16	- 3.08	+ 3.16	0.67	1.43	4.13	1.43
aggressiv vs. nachgiebig (DNE 4)	- 1.63	+ 0.25	- 1.00	+ 4.41	2.54	1.43	1.32	1.43
gehemmt vs spontan (DNE 5)	- 0.63	++	- 1.33	+ 3.08	-	-	-	-
verlassen vs. geborgen (DNE 6)	+ 0.72	++	- 3.58	+ 3.00	-	-	-	-
gestörtes Allgem. Befinden vs. Wohlbefinden (DNE 7)	- 1.63	- 3.66	- 5.16	+ 8.66	2.10	1.43	6.15	1.43

⁺ neg. Vorzeichen = Abnahme an ...; Ausnahme Variable 'Fordern können', die umgekehrt gepolt ist
⁺⁺ durfte nicht berechnet werden

Tabelle A5 (Fortsetzung)

Variable	Mittelwerte der Veränderungswerte				Effekte des Faktors 'Therapiemethode'		Wechselwirkungseffekte zwischen 'Therapiemethode' und 'Probleminhalt'	
	VKR (N=11)	VKO (N=12)	KKR (N=12)	KKO (N=12)	F	df	F	df
VEV (follow-up)	210.4	215.0	205.4	191.9	2.00	1.43	0.82	1.43
Nervosität (DNF 1)	- 0.63	- 0.08	- 0.83	- 0.25	0.02	1.43	0.01	1.43
Aggressivität (DNF 2)	- 0.90	- 0.08	+ 0.08	-	-	-	-	-
Depressivität (DNF 3)	- 1.54	- 0.41	- 1.25	- 1.25	0.11	1.43	2.53	1.43
Erregbarkeit (DNF 4)	- 0.54	- 0.75	- 0.66	+ 0.33	1.86	1.43	2.76	1.43
Geselligkeit (DNF 5)	-	+ 0.58	+ 0.25	-	-	-	-	-
Gelassenheit (DNF 6)	+ 1.27	-	- 0.50	- 0.50	-	-	-	-
Dominanzstreben (DNF 7)	- 0.09	-	+ 0.50	+ 0.74	-	-	-	-
Gehemtheit (DNF 8)	- 0.27	- 0.75	+ 0.33	- 0.25	5.41	1.43	0.68	1.43
Offenheit (DNF 9)	- 0.09	-	- 0.50	+ 0.25	-	-	-	-
Extraversion (DNF E)	- 0.18	-	-	- 0.41	-	-	-	-
Emotion.stabilität (DNF N)	- 1.09	- 0.25	-	- 0.41	-	-	-	-
Maskulinität (DNF M)	+ 0.90	-	+ 0.25	+ 0.16	-	-	-	-

Tabelle A6:

Korrelationen der Veränderungswerte im Zeitraum prae - post

Variable	V K R (N = 19) korre- liert mit	r _{DD}	p	V K O (N = 14) korre- liert mit	r _{DD}	p	K K R (N = 16) korre- liert mit	r _{DD}	p	K K O (N = 17) korre- liert mit	r _{DD}	p	K G (N = 37) korre- liert mit	r _{DD}	p
DVU 1	DVE 4 DVF 3 DVF 5 DVF 8 DVF M	.50 .48 -.69 .60 -.53	<.05 <.05 <.01 <.01 <.05	DVE 5 DVE 7 DVF 8 DVF M	.65 .63 .56 .55	<.05 <.05 <.05 <.05	DVF 3 DVF 8 DVF 9 DVF M	.52 .66 .53 -.70	<.05 <.01 <.05 <.01	DVE 2 DVF 3 DVF 5 DVF 8 DVF M	.56 .73 -.69 .56 -.61	<.05 <.01 <.01 <.05 <.01			
DVU 2	DVE 1 DVE 2 DVE 4 DVE 5 DVE 6 DVE 7	.52 .55 .56 .51 .56 .55	<.05 <.05 <.05 <.05 <.05 <.05				DVE 3 DVF 5 DVF 9	-.53 -.57 .57	<.05 <.05 <.05	DVE 2 DVE 3 DVF 1 DVF 3 DVF 5 DVF 8 DVF M	.66 -.55 .50 .70 -.57 .60 -.52	<.01 <.05 <.05 <.01 <.05 <.05 <.05	DVF 6	-.38	<.05
DVU 3	DVE 1 DVE 2 DVE 3 DVE 4 DVE 5	-.49 -.51 -.49 -.65 -.55	<.05 <.05 <.05 <.01 <.05				DVF M	.59	<.05	DVE 4 DVF 1 DVF 5 DVF 8	-.68 -.54 .61 -.53	<.01 <.05 <.01 <.05			

	DVF 8 DVF M	-.57 <.05 .46 <.05			DVF 8 .51 <.05 DVF M -.59 <.05		DVE 1 .53 <.05 DVF 1 .53 <.05 DVF 3 .52 <.05 DVF 5 .52 <.05 DVF 8 .55 <.05 DVF M .59 <.05		DVF 4 -.38 <.05
DVU 4	DVE 4 DVF 5 DVF 8 DVF M	.53 <.05 -.51 <.05 .66 <.01 -.48 <.05	DVE 2 DVE 5 DVE 7 DVF 8	.61 <.05 .64 <.05 .75 <.05 .56 <.05					
DVU 5	DVE 6 DVE 7	.50 <.05 .52 <.05	DVE 2 DVE 4 DVE 5 DVE 7	.57 <.05 .56 <.05 .68 <.01 .55 <.05					
DVU 6	DVE 4	.57 <.05	DVE 7 DVF 8 DVF E	.53 <.05 .77 <.01 -.55 <.05	DVF 8 .66 <.01		DVF 1 .66 <.01 F 5 -.60 <.05		DVF 9 .36 <.05
DVF 1							DVE 1 .50 <.05 E 5 .51 <.05		DVE 5 .37 <.05
DVF 2									DVE 2 -.38 <.05
DVF 3									DVE 1 .45 <.05 E 5 .40 <.05 E 7 .47 <.01
DVF 4					DVE 1 -.57 <.05 DVE 2 -.56 <.05 DVE 4 -.53 <.05 DVE 6 -.70 <.01 DVE 7 -.61 <.05		DVE 1 -.65 <.01		
DVF 5					DVE 3 .75 <.01				DVE 1 -.37 <.05 DVE 3 -.43 <.05

DVF 6	DVE 4	-.49	<.05		DVE 4	.72	<.01		
DVF 7					DVE 6	.60	<.05		
DVF 8									
					DVE 2	.62	<.01		
DVF 9					DVE 4	.53	<.05		
DVF E					DVE 2	.52	<.05	DVE 5	.47 <.01
DVF N									
					DVE 4	-.51	<.05	DVE 1	.61 <.01
								DVE 5	.57 <.01
								DVE 7	.56 <.01
DVF M				DVE 1	-.62	<.05		DVE 2	-.75 <.01
				DVE 2	-.57	<.05			
				DVE 6	-.71	<.05			

+ r_{DD} = Korrelationskoeffizient der Veränderungswerte (Regressionsabweichungswerte)

Tabelle A7:

Korrelationen der Veränderungswerte im Zeitraum post - follow-up

Variable	V K R (N = 11) korre- liert mit r _{DD} + p	V K O (N = 12) korre- liert mit r _{DD} p	K K R (N = 12) korre- liert mit r _{DD} p	K K O (N = 12) korre- liert mit r _{DD} p
DNU 1	DNF 9 .61 <.05	DNE 1 .57 <.05 DNE 3 .67 <.05 DNF 3 .75 <.01 DNF 8 .69 <.05	DNE 6 .64 <.05 DNF 8 .66 <.05	
DNU 2	DNF 4 .60 <.05 DNF 6 -.60 .05 DNF N .59 .05	DNE 3 .53 .05 DNF 3 .87 <.01 DNF 8 .70 .01	DNF 8 .60 <.05	
DNU 3		DNE 1 -.58 <.05 DNE 3 -.69 <.05 DNF 3 -.75 <.01 DNF 8 -.56 .05		
DNU 4	DNF 2 -.68 <.05	DNE 2 .60 <.05 DNF 3 -.76 <.01 DNF 8 .58 <.05	DNF 7 -.59 <.05 DNF 8 -.79 <.01	DNF 1 .60 <.05
DNU 5	DNF E -.67 <.05	DNF N .56 .05		
DNU 6	DNF 9 .62 <.05	DNF 3 .76 <.01 DNF 8 .72 <.01		DNF 7 .56 .05
DNF 1		DNE 1 .62 <.05	DNF 2 .56 .05	

EXPLORATIONSLEITFADEN

1. Vorstellung
2. Name des Kl auf dem Bogen eintragen
3. Ziel dieses Gesprächs erklären
 - kurz beschreiben, daß wir Probleme im Umgang mit Kritik bzw. Kontakt bearbeiten werden;
 - kurz beschreiben, daß beide Bereiche gleich wichtig für selbstsicheres Verhalten in den verschiedensten Situationen sind.
 - kurz erklären, daß man nur in e i n e der beiden Problemgruppen kommen kann (also entweder Kritik o d e r Kontakt !).
 - Das Gespräch soll dazu dienen, die passende Trainingsgruppe auszusuchen.
4. Problemstellung des Klienten
 - 3 (oder mehr) typische Situationen schildern lassen, in denen der Kl Schwierigkeiten hat.
 - in den Bogen mit PROBLEMSITUATIONEN eintragen! -
5. Skalen zum Kritik u n d Kontaktbereich abfragen
 - erklären, daß es sich dabei um ganz allgemeine Verhaltensweisen aus den beiden Problembereichen handelt
 - entlang der Skalenbögen fragen,
 - wieviel Angst er dabei hat
 - wie sehr er diese Verhaltensweisen vermeidet
 - Abstufung der Skala erklären und Einschätzung des Klienten eintragen -
6. In welchen Problembereich würde sich der Kl selbst einordnen?
7. Personaldaten abfragen und eintragen
 - Ausdrücklich darauf hinweisen, daß diese Daten anonym bleiben und daß der Name nachher nur noch als Zahlen-code auftaucht!

lfd. Nr.:

PERSONALDATEN

Name Vorname

Alter

Beruf/Studienrichtung

Schulbildung

Alter und Beruf des Vaters

Alter und Beruf der Mutter

Familienstand

verheiratet wie lange

feste Beziehung wie lange

Kinder /Alter

Konfession

religiöse Erziehung

kaum ---- mittel ---- stark

vorherige Therapieerfahrungen

Therapieform Dauer

..... Dauer

..... Dauer

sonstige Symptome oder Probleme (außer Selbstsicherheit)

Terminwünsche für die Gruppen:

1fd. Nr.	SKALEN ZUM KRITIKBEREICH	
	Wie stark ist die Angst? (keine - schwach - mittel - - stark - sehr stark)	Wie häufig vermeiden Sie es, ... (nie - selten - manchmal - - häufig - immer)
1. Ärger offen ausdrücken a) allgemein b) bei guten Freunden /Partner c) bei weniger bekannten Leuten / allgemein in der Öffentlichkeit		
2. Jemandem kritisieren a) allgemein b) bei guten Freunden /Partner c) bei weniger bekannten Leuten / allgemein in der Öffentlichkeit		
3. eigene Meinung vertreten a) allgemein b) bei guten Freunden /Partner c) bei weniger bekannten Leuten / allgemein in der Öffentlichkeit		
4. von jemandem kritisiert werden a) allgemein b) von guten Freunden /Partner c) von weniger bekannten Leuten / allgemein in der Öffentlichkeit		

SKALEN ZUM KONTAKTBEREICH		
lfd. Nr.:	Wie stark ist die Angst davor ... (keine - schwach - mittel - stark - sehr stark)	Wie häufig vermeiden Sie es, ... (nie - selten - manchmal - -häufig - immer)
1. Sympathie ausdrücken / jemanden loben a) allgemein b) bei guten Freunden /Partner c) bei weniger bekannten Leuten / allgemein in der Öffentlichkeit		
2. Gespräche aufrechterhalten a) allgemein b) bei guten Freunden /Partner c) bei weniger bekannten Leuten / allgemein in der Öffentlichkeit		
3. Kontakte anfangen /Gespräche anfangen a) allgemein b) bei guten Freunden /Partner c) bei weniger bekannten Leuten / allgemein in der Öffentlichkeit		
4. Lob und Sympathie von anderen annehmen a) allgemein b) bei guten Freunden /Partner c) bei weniger bekannten Leuten / allgemein in der Öffentlichkeit		

Lfd. Nr.: SITUATIONSDESCHEIBUNG	BOGEN FÜR PROBLEMSITUATIONEN VERHALTEN - Was machen Sie in der Situation? - Wie würden Sie sich gerne verhalten?	SCHWIERIGKEIT - sehr leicht - leicht - - mittel - schwer - - sehr schwer -
Nachfragen, ob das die wichtigsten Situationen sind oder ob noch andere hinzukommen. Notieren:		

MEINE PROBLEMSITUATIONEN AUS DER LETZTEN WOCH

SITUATION

An welchem Tag? Wann? Wo?
Welche anderen Personen waren beteiligt?

VERHALTEN

Was habe ich gemacht?
Was habe ich gesagt?

KONSEQUENZEN

Wie habe ich mich hinterher gefühlt? Wie haben die anderen auf mich reagiert?

SCHWIERIGKEIT

Wie schwer fiel mir die Situation? ++

++ 1 = sehr leicht; 2 = leicht; 3 = ziemlich leicht; 4 = ziemlich schwer; 5 = schwer; 6 = sehr schwer

PROTOKOLLE MEINER PROBLEMSITUATIONEN AUS DER LETZTEN WOCHE

SITUATION	GEDANKEN	GEFÜHLE	VERHALTEN	SCHWIERIGKEIT
An welchem Tag, wann und wo? Welche anderen Personen waren dabei?	Was habe ich mir innerlich gesagt? Was habe ich gedacht, was passieren könnte?	Welche Gefühle, welche Körperempfindungen?	Wie habe ich mich dann verhalten?	Wie schwer war die Situation?+++

+++ 1 = sehr leicht; 2 = leicht; 3 = eher leicht; 4 = eher schwer; 5 = schwer; 6 = sehr schwer

Die Selbstsicherheit ist für jedermann erlernbar

Psychologisches Institut sucht Freiwillige

Münster. Ein wissenschaftliches Forschungsprogramm von Prof. Dr. Hanko Bommert und Dipl.-Psychologin Eva Kessler vom Psychologischen Institut der Universität Münster beschäftigt sich auf therapeutischer Ebene mit zwei Teilbereichen des Selbstsicherheitsproblems. Dafür werden jetzt etwa 100 Münsteraner gesucht, denen ab Mitte November ein kostenloses Training in der klinischen Abteilung des Instituts angeboten wird.

Angesprochen sind Menschen, die Schwierigkeiten haben, Kontakte anzuknüpfen oder aufrechtzuerhalten, und denen es schwer fällt, die eigene Meinung und auch mal den eigenen Ärger offen auszudrücken. Mit dem Training soll ihnen geholfen werden, Gespräche zu beginnen, in Gang zu halten, Sympathie auszudrücken und von anderen entgegenzunehmen. Sie sollen lernen, wie man Gesprächspartnern gegenüber Kritik äußert, ohne sie gleich zu verletzen, und wie man selber auf den Ärger und die Kritik anderer reagieren kann. Befürchtungen und Ängste, die ein selbstsicheres Verhalten verhindern, werden in Gesprächen mit Therapeuten aufgearbeitet. Das Ziel des Trainings ist erreicht, wenn es den Gesprächspartnern möglich ist, den eigenen Schwierigkeiten entgegenzutreten und sie zu bewältigen.

Die im Psychologischen Institut angewandten Therapieformen gehören zu einem langjährig erprobten Verfahren der Verhaltenstherapie. Sie gehen von dem Grundsatz aus, daß jeder Mensch in der Lage ist, sein eigenes Verhalten zu verändern – also auch die Möglichkeit hat, sich selbstsicherer zu verhalten. Außerdem stützt sich die Therapie auf die Erkenntnis, daß bestimmte Einschätzun-

gen von Situationen, die Befürchtungen und Ängste hervorrufen, durch mehr realistisch bezogene Einschätzungen ersetzt werden können. Die Therapeuten geben zudem konkrete Anleitungen, wie man sich in problematischen Situationen wirkungsvoll zu selbstsicherem Auftreten verhalten kann.

Für den Aufbau von Selbstsicherheit hat es sich als besonders erfolgreich bewiesen, die Therapien in Gruppen durchzuführen. So arbeiten jeweils sechs Teilnehmer mit zwei Therapeuten zwischen zweieinhalb und drei Stunden zusammen. Das acht Sitzungen umfassende Training – wöchentlich im Psychologischen Institut – wird von studentischen Therapeuten durchgeführt, die ihre Schwerpunktausbildung in klinischer Psychologie abgeschlossen haben und über Erfahrung im Umgang mit Klienten verfügen. Sie haben außerdem ein spezielles Therapeutentraining absolviert und werden während der ganzen Behandlung fachlich von Dipl.-Psychologen beraten.

Vor Beginn der Therapie werden die Trainingsteilnehmer in ausführlichen Einzelgesprächen zu ihren individuellen Problemen befragt, in denen sie auch ihre speziellen Wünschen zum Training mitteilen können. Für die kostenlose Teilnahme wird als Gegenleistung von den Teilnehmern erwartet, daß sie Fragebögen ausfüllen und sich mit Tonbandaufnahmen einverstanden erklären, die nur wissenschaftliche Zwecken dienen. Alle Angaben zur Person werden vertraulich behandelt. Wer bei diesem Training mitmachen möchte, kann sich unter der Telefonnummer 490-4152 im Psychologischen Institut der Universität Münster anmelden.

GR-STUNDENBOGEN

1 = Ja, ganz genau

2 = Ja

3 = Eher ja

4 = Eher im Gegenteil

5 = Im Gegenteil

6 = Ganz im Gegenteil

Name:

Datum: Sitz:

Bitte beantworten Sie die folgenden
Fragen zur heutigen Gruppensitzung
möglichst umgehend. Benutzen Sie dazu
die nebenstehende Skala.

- 1 Während der Gruppensitzung fühlte ich mich körperlich entspannt
- 2 Heute habe ich nicht gewagt, das vorzubringen, was mich wirklich bewegte
- 3 Heute hilet sich der Therapeut sehr zurück
- 4 Heute habe ich von den anderen für mich etwas gelernt
- 5 Heute hatte ich das Gefühl, daß die anderen nicht offen zu mir waren
- 6 Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme selbst zu lösen
- 7 Es ist mir heute nicht gelungen, den anderen klar zu machen, was in mir vorgeht
- 8 Heute fand ich die Gruppensitzung richtig gut
- 9 Heute hätte ich mir gewünscht, daß die anderen mir mehr beistehen
- 10 Heute wurde mir zu viel geschwiegen
- 11 Heute ist mir deutlicher geworden, wie ich auf andere wirke
- 12 Der Therapeut betrachtet das, was er sagte, zu sehr von seinem Standpunkt aus
- 13 Heute hatte ich das Gefühl, in der Gruppe wirklich dazuzugehören
- 14 Ich sehe jetzt meinen Schwierigkeiten gelassener entgegen
- 15 Ich finde, daß die Gruppe heute nicht genügend auf meine Gefühle einging
- 16 Bei den heutigen Themen war ich innerlich beteiligt
- 17 Heute herrschte eine feindselig-gespannte Stimmung in der Gruppe
- 18 Nach dieser Sitzung habe ich mehr Vertrauen zu mir selbst
- 19 Heute hatte ich oft das Gefühl, daß das, was der Therapeut zu der Gruppe sagte, auch auf mich zutraf

- 20 Der Inhalt der heutigen Gruppensitzung behagte mir nicht
- 21 Heute habe ich meine Gefühle und Empfindungen ganz anders gesehen als sonst
- 22 Heute habe ich gesehen, daß andere ziemlich ähnliche Probleme haben wie ich
- 23 Heute war ich auf den Therapeuten ärgerlich
- 24 Was ich heute in der Gruppe erlebte, hat mich an Situationen in meiner Vergangenheit erinnert
- 25 Ich könnte heute nicht von jedem sagen, wie er zu mir steht
- 26 Heute hatte ich das Gefühl, einem anderen Gruppenmitglied geholfen zu haben
- 27 Heute sind mir Zusammenhänge in meinem Erleben deutlich geworden, die ich bisher noch nicht gesehen habe
- 28 Heute hätte ich mir gewünscht, einige in der Gruppe wären nicht anwesend gewesen
- 29 Die Veränderungen, die ich heute bei den anderen sah, ermutigen mich
- 30 Heute fühlte ich, daß die anderen mich akzeptieren
- 31 Ich finde, einige Gruppenmitglieder versuchten heute zu sehr, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen
- 32 Heute wäre ich gern mit den anderen außerhalb der Therapie zusammen
- 33 Manchmal habe ich das Gefühl, in der Gruppe zu kurz zu kommen
- 34 Ich habe jetzt nicht mehr so viel Angst vor anderen Menschen
- 35 Ich kann eigentlich nicht so recht glauben, daß das, was wir in der Gruppe machen, mir bei meinen wirklichen Schwierigkeiten helfen wird
- 36 Das Verhalten der anderen gibt mir Anhaltspunkte für mein eigenes Verhalten
- 37 Ich merke, daß ich auf meine Umwelt jetzt irgendwie anders wirke als früher
- 38 Ich habe das Gefühl, daß wir wirklich eine Gruppe bilden
- 39 Ich war heute mit dem Verhalten des Therapeuten nicht einverstanden

Haben Sie a l l e Fragen beantwortet?
Bitte prüfen Sie das noch einmal.

Vielen Dank!

Hiermit versichere ich, daß bei der
Abfassung der Arbeit keine unerlaubte
fremde Hilfe und nur die in der Abhand-
lung angeführten Quellen und Hilfsmittel
von mir benutzt worden sind.

Evangelista

Münster, den 7. Juni 1982

LEBENS LAUF

Am 19. 12. 1951 wurde ich als einzige Tochter des Prokuristen Otto Keßler und seiner Ehefrau Irmgard geb. Schleisiek in Mülheim a. d. Ruhr geboren.

Ostern 1958 wurde ich in der Grundschule in Mülheim a. d. Ruhr eingeschult, von der ich Ostern 1962 auf das Städtische Neusprachliche Mädchengymnasium Luisenschule (in Mülheim a. d. Ruhr) überwechselte. Mein Abitur legte ich dann an der Luisenschule am 16. Juni 1970 ab.

Im Wintersemester 1970/71 immatrikulierte ich mich an der Westfälischen Wilhelms-Universität (Münster) im Fachbereich Psychologie. Seit dem Sommersemester 1971 besuchte ich auch Veranstaltungen im Fachbereich Erziehungswissenschaften.

Im Februar 1973 absolvierte ich das Vordiplom in Psychologie; im Februar 1974 legte ich das Vordiplom in Pädagogik (Fachbereich Erziehungswissenschaften) ab. Nach dem Vordiplom in Psychologie (Februar 1973) machte ich eine Schwerpunktausbildung in Klinischer Psychologie unter besonderer Berücksichtigung von verhaltenstherapeutischen Methoden. Die Diplom-Hauptprüfung in Psychologie legte ich im Juni 1975 ab.

Im Anschluß daran setzte ich mein Pädagogikstudium mit dem Studienschwerpunkt 'Schule/Unterricht' fort. Seit Dezember 1976 arbeite ich in der Abteilung für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Münster, bis September 1980 als wissenschaftliche Hilfskraft und anschließend als wissenschaftliche Mitarbeiterin. 1981 machte ich bei Dr. Friedrich Foersterling eine Ausbildung in rational-emotiver Therapie.



